

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN COMO PSICOTERAPEUTA SECCIÓN CORPORAL Y EMOCIONAL

Nota: Este formulario cumplimentado y firmado se escaneará y será enviado en formato PDF junto con los archivos PDF que conforman los justificantes correspondientes a los apartados cumplimentados.

La identificación de cada uno los documentos escaneados en formato PDF, se hará de la siguiente forma:

A cada documento se le asignará la identificación compuesta por las 3 iniciales de nombre y apellidos del interesado seguido de guion medio y finalizando con el código del documento.

Ejemplo: Agustín López García, se nombrarán sus documentos: ALG-1A; ALG-1B ALG-1B1; etc.

ASOCIACIÓN QUE PROPONE LA ACREDITACIÓN:

--

Psicoterapeuta

Apellidos							
Nombre							
NIF							
Teléfonos							
Correos electrónicos							
Dirección Personal							
Calle/Avda./etc.							
Código postal							
Municipio							
Provincia							
Dirección Profesional							
Calle/Avda./etc.							
Código postal							
Municipio							
Provincia							
Datos del perfil							
Idiomas							
Horario de atención							
Días laborales							
Web							
Facebook							
Twitter							
LinkedIn							
Enfoque	Cognitivo	Cognitivo-conductual	Corporal	Humanista	Integrador	Psicoanalítico	Sistémico
Trabaja con	Adolescentes	Adultos	Familia	Grupo	Niños	pareja	

Acceso a la formación y acreditación del psicoterapeuta:

1.a) Titulación universitaria (grado/licenciatura) correspondiente a Psicología o Medicina	Código documento
	1A

1.b) Convalidación de formación teórico-práctica en psicoterapia	Código documento
A los <u>Médicos especialistas en Psiquiatría</u> y <u>Psicólogos especialistas en Psicología Clínica</u> se les computará la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia, práctica clínica, supervisión y actividades prácticas en Salud Mental realizadas en el curso de Especialización.	1B
Las titulaciones en <u>Psicología General Sanitaria, Medicina y Cirugía</u> podrán computarse parcialmente la formación teórica, técnica (en aquellas materias presentadas en sus programas de formación relacionados directamente con la psicoterapia, práctica sanitaria y/o actividades prácticas en Salud Mental, realizada en periodo de post-grado o su equivalencia a master –nivel 3 MECES- en el grado de Medicina.	1B₁
	1B₂

1.c) Experiencia en Salud Mental	Institución u Organismo	Fecha inicio /fecha fin	Código documento
Graduados/licenciados en Psicología y Medicina y Cirugía 4 años en el dominio de la Salud Mental, pública o privada, aportando documentación o certificaciones de ello.			1C
Dicha experiencia podrá haber sido adquirida tanto antes de acceder a la formación como psicoterapeuta, como culminada en el curso de la misma, siempre que se haya realizado en periodo de postgrado o su equivalente en el caso de Medicina.			1C₁

1.d) Formación Teórico-Práctica en Psicoterapia Sección Corporal y Emocional

Un mínimo de 3 años a tiempo parcial, o período equivalente en el sistema de créditos, con un mínimo total de 600 horas, dedicados a la formación teórica y vivencial en alguno de los enfoques de psicoterapia integrados en esta Sección. Incluirá -si no ha formado parte de la formación universitaria de acceso- al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia, particularmente de las pertenecientes a la Sección.

TÍTULO DEL MÁSTER O CURSO	Institución u Organismo	Fecha inicio/ fecha fin	N.º de horas	Código documento
				1D
				1D₁
				1D₂
TOTAL AÑOS Y HORAS				

1.e) Práctica Supervisada Sección Corporal y Emocional

Mínimo 2 años de práctica profesional como psicoterapeuta, dentro de la orientación respectiva, debidamente supervisada, de acuerdo con los criterios exigidos por FEAP: 300 h. de tratamiento de, al menos, 2 casos. Tales tratamientos sólo podrán iniciarse una vez completados, al menos, dos tercios del período de formación. Mínimo 100 sesiones de supervisión relativa a dichos tratamientos, de las cuales al menos 50 serán supervisiones individuales en las modalidades de psicoterapia individual. Los supervisores deberán estar acreditados por Asociación integrada en la Sección a la que pertenecen, siendo requisito para ello contar con, al menos, 5 años de experiencia profesional dentro de orientación respectiva

Institución o entidad	Fecha inicio / fecha fin	N.º de casos	N.º sesiones tratamiento	N.º sesiones supervisión	Código documento
					1E
					1E ₁
					1E ₂
TOTAL					
DATOS DEL SUPERVISOR / A					Código documento
					1E ₃
					1E ₄
					1E ₅

1.f) Prácticas Adicionales Sección Corporal y Emocional

Mínimo 6 meses de actividades prácticas en entornos públicos/privados de Salud Mental, con al menos un cómputo de 200 horas que favorezca contacto directo con diferentes formas de disfunción psicosomática y con otros profesionales de la salud. En este sentido, las distintas Asociaciones integradas en la Sección se darán recíprocamente facilidades a fin de favorecer el intercambio deseable de experiencias entre sus respectivos asociados.

Institución o entidad	Trastornos mentales más frecuentes	Horas	Meses	Código documento
				1F
				1F ₁
				1F ₂

1.g) Terapia /Trabajo Personal Sección Corporal y Emocional

Un período de psicoterapia individual y en grupo, suficiente para garantizar la necesaria experiencia de madurez personal y conocimiento del proceso, dentro de la corriente específica perteneciente a este Sección en la que pretende ejercer como psicoterapeuta (mínimo: 80 horas).

Psicoterapeuta responsable	N.º de horas	Modalidad (individual-grupal)	Modelo psicoterapia	Código documento
				1G
				1G₁
				1G₂

Yo _____
con DNI _____, Miembro de la Asociación:

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos y declaraciones anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos pueden ser motivo suficiente para la cancelación de la acreditación y la expulsión de la Asociación/Federación.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del interesado/a

CRITERIO DE SECCIÓN

Los conocimientos y habilidades prácticas de los candidatos a psicoterapeutas en alguna de las orientaciones integradas en esta Sección serán valoradas por la Asociación respectiva a lo largo del proceso de formación y al final de la misma, a través de los medios que considere oportunos (trabajos escritos, memorias, tutorías, etc.). Como requisito final se recomienda la realización por el candidato de un trabajo monográfico de interés psicológico relacionado con la orientación específica dentro de la cual se propone ejercer como psicoterapeuta.

Autorización para la inclusión de datos en la base de datos automatizada de la (FEAP), Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el psicoterapeuta acreditado abajo firmante, manifiesta su voluntad libre, específica, informada e inequívoca y acepta que los datos de su acreditación sean incluidos en las bases de datos informatizadas necesarias para incorporarse o seguir vinculados a la Asociación indicada y a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.

Los datos recogidos serán tratados por la FEAP y podrán ser cedidos en su totalidad o en parte a otras entidades vinculadas o asociadas a ambas organizaciones, con el objeto de facilitar los objetivos sociales sobre todo en términos de gestión y administración. Así mismo, podrá hacerse uso de esta información para realizar a los miembros de la referida Asociación y a los socios de las distintas asociaciones federadas a la FEAP cualquier tipo de comunicaciones que se estimaran oportunas.

El órgano responsable del tratamiento es la FEAP, Calle Arganda nº 8, piso primero puerta C – Madrid 28005, ante la que la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 11 de Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El/La abajo firmante manifiesta su voluntad libre, específica, informada e inequívoca y otorga su consentimiento expreso para que sus datos personales relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfono, e-mail, titulación, fotografía, datos de perfil: idioma, trabaja preferentemente con, días y horarios de atención, web, Facebook, Twitter, LinkedIn; así como Asociación que le acredita ante la FEAP, aparezcan en la página Web que la FEAP tiene en Internet, o en cualquier otra que tenga o tuviese en el futuro FEAP

Firma del/de la Psicoterapeuta: