

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACREDITACIÓN COMO PSICOTERAPEUTA SECCIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

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 Sección Niños y Adolescentes	Institución u Organismo	Fecha inicio /fecha fin	Código documento
Experiencia acreditada documentalmente de forma considerada suficiente por la Asociación que acredita al Psicoterapeuta de Niños y Adolescentes durante un mínimo de 4 años, de los que al menos debe incluir 60 sesiones de tratamiento psicoterapéutico de niños menores de 12 años y 60 sesiones de psicoterapia de adolescentes (mayores de 12 años).			1C
			1C₁

1.d) Formación Teórico-Práctica en Psicoterapia Sección de Niños y Adolescentes

Mínimo de 600 horas de las cuales 2/3 de ellas dedicadas a Psicología Evolutiva y Psicopatología de Niños y Adolescentes.

Teoría y Técnica de Psicoterapia de Niños y Adolescentes

Resto de horas a otros temas como clasificaciones diagnósticas, epidemiología, prevención, instituciones terapéuticas seminarios de lecturas de textos, etc

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 de Niños y Adolescentes

El psicoterapeuta a acreditar deberá justificar haber realizado un mínimo de 60 sesiones de supervisión correspondientes a 120 sesiones de psicoterapia, de las cuales al menos 20 se ocuparan del seguimiento psicoterapéutico de un caso infantil (al menos un caso de menor a 12 años) y otro de un adolescente (mayor de 12 años).

Institución o entidad	Fecha inicio / fecha fin	N.º de casos	N.º sesiones tratamiento	N.º sesiones supervisión	Código documento
					1E
					1E₁
					1E₂
TOTAL					
DATOS DEL SUPERVISOR / A					Código documento
					1E₃
					1E₄
					1E₅

1.f) Prácticas Adicionales

Mínimo de 200 horas durante un periodo mínimo de 6 meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de Salud Mental, realizada en postgrado universitario o su equivalente a máster – nivel 3 MECES en el grado de Medicina.

Institución o entidad	Trastornos mentales más frecuentes	Horas	Meses	Código documento
				1F
				1F₁
				1F₂

1.g) Terapia /Trabajo Personal Sección de Niños y Adolescentes

El psicoterapeuta reunirá 120 horas de tratamiento psicoterapéutico personal, realizado por psicoterapeuta acreditado por FEAP como tal, o reconocido por la Asociación que acredita.

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

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: