

## FORMULARIO SOLICITUD CERTIFICADO ACREDITACIÓN EN INTERVENCIONES TERAPÉUTICAS

**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-2A; ALG-2B; etc.

### ASOCIACIÓN QUE PROPONE LA ACREDITACIÓN:

--

### Interesado/a

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

## 2. Acceso a la formación para la obtención del certificado de acreditación en intervenciones terapéuticas:

2.a) Titulación universitaria vinculada a las áreas de la Salud o de las Ciencias Sociales (grado/licenciatura)	Código documento
	<b>2A</b>

2.b) Formación teórico-práctica en intervenciones terapéuticas	Código documento
Un mínimo de dos años, en el período de postgrado universitario, con un mínimo total de 400 horas lectivas o 27 ECTS. Los contenidos mínimos de la formación serán propuestos por la Junta Directiva y aprobados por la Asamblea General, en función de los compromisos suscritos por la FEAP con asociaciones y federaciones tanto españolas como de rango europeo y/o internacional, y de la experiencia acumulada en la formación de terapeutas en España.	<b>2B</b>

### 2.c) Terapia /Trabajo Personal

Mínimo 25 horas de formación, que permitan a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la Psicoterapia, mediante métodos y modalidades que establezca cada sección.	<b>2C</b>
---	-----------

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

Fdo. Presidente/a de la Asociación

Fdo. Secretario/a de la Asociación

## **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/la interesado/a abajo firmante, manifiesta su voluntad libre, específica, informada e inequívoca y acepta que los datos de su certificación 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 certifica 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 Interesado/a: