

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

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

Enfoque	Cognitivo	Cognitivo-conductual	Corporal	Humanista	Integrador	Psicoanalítico	Sistémico
	Adolescentes	Adultos	Familia	Grupo	Niños	pareja	
Trabaja con							

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
	2A

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.	2B

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.	2C
---	-----------

2.d) Evaluación de la formación en INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
--

Los conocimientos y habilidades prácticas de los candidatos a obtener un Certificado en INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA serán evaluados, al menos al final del proceso de formación. Superar dicho proceso de evaluación será necesario para poder solicitar la acreditación de la FEAP.	2D
---	-----------

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 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, sean incluidos y tratados en las bases de datos que la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) tiene o tuviese en el futuro.

Firma del/de la Interesado/a: