

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN COMO PSICOTERAPEUTA, DIDACTA, SUPERVISOR O RENOVACIÓN

Nota: Este formulario se escaneará con las firmas y se entregará a FEAP en formato pdf. Es necesario adjuntar también todos los justificantes como documentos escaneados en formato pdf.

Para nombrar los archivos pdf: cada archivo se guardará con el siguiente nombre: las 3 iniciales del interesado, guión medio y el código del documento (1A, 4D, 6C, etc)

Ejemplo: Agustín López García, nombrará sus documentos: ALG-3B; ALG-5C; etc.

Por favor marque con una X la solicitud que desea realizar:

☐ Solicitud Miembro Psicoterapeuta ☐ Solicitud Miembro Psicoterapeuta Didáctica y/o Supervisor ☐ Renovación de la acreditación

(Para renovaciones de la acreditación sólo se requiere completar los apartados en los que haya habido una variación durante los años de validez de la acreditación)

ASOCIACION QUE PROPONE LA ACREDITACIÓN:

Datos del psicoterapeuta:

Apellidos:

Nombre: **NIF:**

Domicilio:

Código postal: **Localidad:** **Provincia:**

Teléfonos: **correos electrónicos:**

Idiomas (práctica profesional):

Apartado 1: TITULACIÓN ACADÉMICA:

Licenciatura o Diplomatura		Nº DE HORAS	CÓDIGO DOCUMENTO
Especificar título			1A
Fecha obtención del mismo			
Universidad			
Si el título es distinto a Psicología o Medicina, indique las asignaturas cursadas requeridas en el art. 21 de los estatutos FEAP (correspondientes a los siguientes bloques de contenidos: Psicología Evolutiva, Psicología de la personalidad, Psicopatología, Diagnóstico diferencial) especificando número de horas y Universidad.* y **			1B 1C 1D 1E
OBSERVACIONES			Si es el caso:1H etc.

*Es posible que el nombre de las asignaturas sea distinto en función del plan de estudios cursado.

**La FEAP tiene suscrito un convenio con la UNED para cursar las asignaturas requeridas. Consultar con FEAP la correspondencia de dichas asignaturas.

Apartado 2: FORMACIÓN TEÓRICA, TÉCNICA Y CLÍNICA EN PSICOTERAPIA:

Nota: si no hubiera espacio suficiente en este apartado, se pueden añadir las filas necesarias o bien adjuntar una hoja aparte con la relación de cursos.

TÍTULO DEL MASTER O CURSO	INSTITUCIÓN U ORGANISMO	FECHA INICIO / FECHA FIN	Nº DE HORAS	CÓDIGO DOCUMENTO
				2A
				2B
				2C
				2D
				2E
				2F
				2G
TOTAL NÚMERO DE HORAS (Mínimo 600 h.)				

Apartado 3: PRÁCTICA PROFESIONAL: Licenciados en Psicología o Medicina mínimo de 4 años. Para otras titulaciones universitarias: primer ciclo mínimo 12 años y segundo ciclo mínimo 10 años.

INSTITUCIÓN O ENTIDAD	TIEMPO TRABAJADO	Nº DE CASOS Mínimo dos casos	Nº SESIONES TRATAMIENTO Mínimo 300	CÓDIGO DOCUMENTO Si procede
				3A
				3B
				3C
				3D
				3E
TOTAL				

Apartado 4: HORAS DE SUPERVISIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA: Mínimo 100 horas

INSTITUCIÓN O ENTIDAD	Nº DE HORAS	Nº SESIONES TRATAMIENTO	DATOS DEL SUPERVISOR/A	CÓDIGO DOCUMENTO
				4A
				4B
				4C
				4D
				4E
TOTAL				

Apartado 5: ACTIVIDADES PRÁCTICAS EN ENTORNOS PÚBLICOS O PRIVADOS DE SALUD MENTAL: Mínimo 6 meses

INSTITUCIÓN	TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES	TIEMPO EN PRÁCTICAS (EN MESES)	CÓDIGO DOCUMENTO
			5A
			5B
			5C
TOTAL Nº DE MESES			

Apartado 6: PSICOTERAPIA PERSONAL ACREDITADA, AUTORREFLEXIÓN, FORMACIÓN SOBRE IMPLICACIÓN PERSONAL, ETC... Mínimo 50 horas

PSICOTERAPEUTA RESPONSABLE	Nº DE HORAS	MODALIDAD (individual o grupal)	MODELO DE PSICOTERAPIA	CÓDIGO DOCUMENTO
				6A
				6B
				6C
TOTAL Nº DE HORAS				

Los siguientes apartados (7 y 8) solo se rellenarán en caso de solicitar la acreditación como Miembro Didáctico y/o Supervisor

ACTIVIDAD DOCENTE Y DE SUPERVISIÓN A OTROS PROFESIONALES

Apartado 7: DOCENCIA IMPARTIDA

Título y contenidos	Institución o centro	Nº de horas	CÓDIGO DOCUMENTO
			7A
			7B
			7C
TOTAL Nº DE HORAS			

Apartado 8: SUPERVISIÓN A OTROS PROFESIONALES

Modalidad (individual o grupal)	Nº de horas	CÓDIGO DOCUMENTO
		8A
		8B
		8C
TOTAL Nº DE HORAS		

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 _____

Fdo. Presidente de la Asociación

Fdo. Secretario/a de la Asociación

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 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el/la psicoterapeuta acreditado/a abajo firmante 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.

Esta información podrá ser cedida 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 cualesquiera tipo de comunicaciones que se estimaran oportunas.

En el caso de que un/una psicoterapeuta no desee seguir figurando en estas bases de datos, renunciando por tanto a su condición de profesional acreditado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, deberá comunicarlo mediante escrito remitido por correo certificado a la Asociación acreditante, quien a su vez lo trasladará a la FEAP.

El/La abajo firmante otorga su consentimiento expreso para que sus datos personales relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfono, e-mail, titulación y 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 su Asociación.

Firma del/de la Psicoterapeuta: