

## SOLICITUDE DE INGRESO

<b>APELIDOS:</b>			
<b>NOME:</b>		<b>DNI/NIE:</b>	
<b>ENDEREZO:</b>			<b>CP:</b>
<b>LOCALIDADE:</b>		<b>PROVINCIA:</b>	
<b>CONTACTO:</b>	MÓBIL	FIXO	EMAIL
<b>TITULACIÓN:</b>		<b>ESPECIALIDADE:</b>	
<b>UNIVERSIDADE:</b>		<b>DATA TITULACIÓN:</b>	
<b>TRABALLO:</b>	<b>POSTO:</b>		
	LUGAR DE TRABALLO RELACIONADO COA TERAPIA FAMILIAR	POSTO QUE OCUPA NO TRABALLO	
<b>ENDEREZO:</b>			<b>CP:</b>
<b>LOCALIDADE:</b>		<b>PROVINCIA:</b>	
<b>CONTACTO:</b>	MÓBIL	FIXO	EMAIL
<b>PÁXINA WEB:</b>			

### REQUISITOS ALUMNO/A-SOCIO/A:

- Titulación universitaria relacionada coas Ciencias Sociais e da Saúde.
- Certificado conforme se está en formación nunha Escola Docente acreditada pola FEATF.

### REQUISITOS SOCIO/A:

- Titulación universitaria relacionada coas Ciencias Sociais e da Saúde.
- 100 horas de formación en Terapia Familiar segundo se establece no artigo 6ºb dos Estatutos da ATFM de Galicia.

FORMACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR	ESCOLA	DATAS	HORAS
<b>TOTAL HORAS:</b>			

DATA DA SINATURA	ASINO DECLARANDO A VERACIDADE DOS DATOS ARRIBA RELACIONADOS
------------------	---

NÚMERO DE CONTA DA ATFM DE GALICIA: **BANCO SABADELL ES55 0081 0499 6700 0181 8088.**

"En cumprimento do establecido na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, informámoslle que os datos que nos facilite pasarán a formar parte dun ficheiro propiedade da ASOCIACIÓN DE TERAPIA FAMILIAR E MEDIACIÓN DE GALICIA para acadar unha mellor xestión na relación. Asemade, informámoslle que pode exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición en Rúa de Amio 114, 15707 Santiago de Compostela, indicando a referencia LOPD".