

Data da última acreditación	Data de acreditación en X.D.	Número de socio/a
A cumprimentar pola ATFM de Galicia		

SOLICITUDE DE REACREDITACIÓN COMO **SUPERVISOR/A DOCENTE**

Apelidos:			
Nome:		DNI/NIE:	
Enderezo:			CP:
Localidade:		Provincia:	
Traballo:	Lugar de traballo relacionado coa Terapia Familiar.		
Teléfonos:	Móbil	Fixo	Traballo
Email:			¿Desexa estar no directorio da páxina web? <small>Só no caso de gabinetes privados.</small>

REQUISITOS:

- Cursar 60 horas de formación en **contidos de Terapia Familiar durante os últimos cinco anos.**
- Certificado do centro dunha presenza mínima no programa de 50 horas de supervisión.
- Para os/as docentes non adscritos/as a centros docentes acreditados, poderán xustificar esas horas mediante certificados das institucións para as que exerceron a supervisión.

RELACIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA:

Relacionar a asistencia a seminarios da FEATF, das súas asociacións, de centros acreditados ou de centros/formadores de recoñecido prestixio, entre os que se recomenda a asistencia, polo menos, a un congreso de FEATF.

Título	Organiza	Datas	Horas
Total horas:			

Data da sinatura	Asino declarando a veracidade dos datos arriba relacionados
-------------------------	--

"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 na Rúa de Amio 114, 15707 Santiago de Compostela, indicando a referencia LOPD".