

| | | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| <i>Data da última acreditación</i> | <i>Data de acreditación en X.D.</i> | <i>Número de socio/a</i> |
| <i>A cumprimentar pola ATFM de Galicia</i> | | |

SOLICITUDE DE ACREDITACIÓN COMO DOCENTE

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

REQUISITOS:

- Estar acreditado/a como Colaborador/a Docente.
- Certificado de ter impartido un mínimo de 80 horas durante un período mínimo de catro anos expedido por un Centro Docente con programas acreditados pola FEATF.

Documentación para achegar:

DATA

| | | |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| Data do título ou certificado de Colaborador/a Docente | | |
| Certificado do centro docente | Nome do centro docente | |
| DATA DA SINATURA | ASINO DECLARANDO A VERACIDADE DOS DATOS ARRIBA RELACIONADOS | |