

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

SOLICITUDE DE REACREDITACIÓN COMO **EXPERTO/A INTERVENCIÓN SISTÉMICA**

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 50 horas de formación en **contidos de Terapia Familiar durante os últimos cinco anos.**
- En casos excepcionais, considerarase a equivalencia doutras actividades de formación continuada como investigacións, publicacións e estadías de formación.
- Mantemento da actividade profesional mediante declaración a tal efecto.

RELACIÓN DE FORMACIÓN CONTINUADA:

Relacionar a asistencia a seminarios da FEATF, das súas Asociacións, de centros acreditados ou de centros/formadores de recoñecido prestixio, nos que se inclúa, polo menos, a asistencia a unhas Xornadas ou Congreso **con contidos en Terapia Familiar.**

Título	Escola	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".