

	Data de acreditación en X.D.	Número de socio/a
<small>A cumprimentar pola ATFM de Galicia</small>		

SOLICITUDE DE ACREDITACIÓN COMO EXPERTO/A INTERVENCIÓN SISTÉMICA

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

REQUISITOS:

- Titulación universitaria relacionada coas Ciencias Sociais e da Saúde.
- Programa formativo de dous anos nunha escola acreditada.
- 400 horas de formación en Terapia Familiar teórico-práctica e 50 horas de supervisión clínica por unha escola docente acreditada pola FEATF.

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".