

Data de acreditación en Xunta Directiva	Número de socio/a
A cumprimentar pola ATFM de Galicia	

## SOLICITUDE DE ACREDITACIÓN COMO TERAPEUTA FAMILIAR

<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>	<i>Móbil</i>	<i>Fixo</i>	<i>Email(s)</i>
<b>Traballo:</b>	<i>Lugar de traballo relacionado coa Terapia Familiar.</i>		
<b>Enderezo:</b>			<b>CP:</b>
<b>Localidade:</b>			<b>Provincia:</b>
<b>Contacto:</b>	<i>Móbil</i>	<i>Fixo</i>	<i>Páxina web</i>
<b>Email:</b>			<b>¿Desexa estar no directorio da páxina web?</b>
			<i>Só no caso de gabinetes privados.</i>

### REQUISITOS:

- Titulación universitaria relacionada coas Ciencias Sociais e da Saúde.
- Programa formativo de tres anos como mínimo nunha escola acreditada.
- 600 horas de formación en Terapia Familiar teórico-práctica e 150 horas de supervisión clínica por unha Escola Docente acreditada pola FEATF.

Título	Escola	Datas	Horas
<b>Total horas:</b>			

<b>Data da sinatura</b>	<b>Asino declarando a veracidade dos datos arriba relacionados</b>
-------------------------	--

"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 Polígono Picaraña 10, Oficina 6, Padrón (A Coruña), indicando a referencia LOPD".