

<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 REACREDITACIÓN COMO TERAPEUTA FAMILIAR

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? <i>Só no caso de gabinetes privados.</i>

REQUISITOS:

- Presentar certificacións de 50 horas de formación en **contidos de Terapia Familiar dos últimos cinco anos** organizados pola FEATF, as súas asociacións, os centros acreditados ou centros/formadores de recoñecido prestixio.
- 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 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".