

Data da última acreditación	Data de acreditación en X.D.	Número de socio/a
-----------------------------	------------------------------	-------------------

A cumprimentar pola ATFM de Galicia

SOLICITUDE DE AVAL COMO  
**SUPERVISOR/A**

Datos do/a avalista (1):

APELIDOS		NOME		DNI/NIE	
NOME DO CENTRO DOCENTE			ENDEREZO		
CP:	LOCALIDADE:			PROVINCIA:	
TELÉFONO:	EMAIL		WEB		

Datos da persoa avalada (2):

APELIDOS		NOME		DNI/NIE	
----------	--	------	--	---------	--

O/a arriba indicado/a (1), como Supervisor/a coa acreditación vixente e adscrito/a ao Centro Docente indicado e con programas acreditados pola Asociación de Terapia Familiar e Mediación de Galicia e pola FEATF,

**DECLARA**

Que coñece dende hai \_\_\_\_ anos a traxectoria profesional como psicoterapeuta familiar do/a avalado/a (2)

Que coñece e avala o seu coñecemento e práctica en supervisión directa ou indirecta de casos.

Que coñece e avala o seu coñecemento e práctica en supervisión de profesionais ou equipos terapéuticos.

E, polo tanto, a persoa avalada(2) conta co meu aval para iniciar o procedemento de acreditación como Supervisor/a na **Asociación de Terapia Familiar e Mediación de Galicia**, pertencente á FEATF.

LUGAR E DATA DA SOLICITUDE POR PARTE DO AVALISTA