

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

A cumprimentar pola ATFM de Galicia

SOLICITUDE DE ACREDITACIÓN COMO SUPERVISOR/A

APELIDOS		NOME		DNI/NIE	
ENDEREZO					CP:
LOCALIDADE:				PROVINCIA:	
TELÉFONO 1	TELÉFONO 2	EMAIL DE CONTACTO			
TITULACIÓN:			ESPECIALIDADE:		
LUGAR DE TRABALLO RELACIONADO COA TERAPIA FAMILIAR				POSTO QUE OCUPA NO TRABALLO	

Os seguintes datos son necesarios se desexa estar no directorio da páxina web (Só gabinetes privados).

Recoñece ter lido a "Política de privacidade" o "Aviso Legal" e a "Política de cookies" da web: https://atfmgalicia.gal					
NOME DO GABINETE			ENDEREZO		
CP:	LOCALIDADE:			PROVINCIA:	
TELÉFONO:	EMAIL		WEB		

REQUISITOS:

- Estar acreditado/a como psicoterapeuta familiar como mínimo durante 10 anos.
- Presentar 2 avais de supervisores/as docentes acreditados/as segundo o modelo facilitado, onde conste a capacidade e actividade efectiva como supervisor/a.
- Presentar un certificado de actividade profesional do lugar de traballo especificando tarefas de supervisor/a ou unha declaración xurada nos mesmos termos, no caso de traballo autónomo, na que se detalle a experiencia profesional como supervisor/a.

Avais presentados de supervisores/as docentes coa acreditación vixente e adscritos a un Centro docente:

NOME E APELIDOS	DATA DE ACREDITACIÓN SUPERVISOR/A DOCENTE	NOME CENTRO DOCENTE ACREDITADO POLA FEATF

DATA DA SOLICITUDE:	SINATURA

Asino declarando a veracidade dos datos arriba relacionados