

Solicitud de acreditación de programa de formación

(Si no caben los datos en algún apartado, añadir las hojas adicionales necesarias)

| | | | |
|--------------------|--|--------------------|--|
| Escuela formadora: | | | |
| Domicilio: | | | |
| Teléfonos: | | Correo electrónico | |
| Fax: | | WEB: | |

| | | | |
|-----------------------------|--|--|--|
| Denominación del programa: | | | |
| Sección de FEAP competente: | | | |

| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| Forma de evaluación: | | Horas impartidas por profesores estables | |
|----------------------|--|--|--|

PROFESORADO

| | NOMBRE | Acreditado/ a en FEAP (SI/NO) |
|------------------------|--------|-------------------------------------|
| Profesores estables | | |
| Colaboradores docentes | | |

| | NOMBRE | Acreditado/ a en FEAP (SI/NO) |
|---------------------------|--------|-------------------------------------|
| Supervisores Clínicos | | |
| Descripción del Centro | | |

Cumplimiento de los criterios del Artículo 21 de los Estatutos de FEAP:

| | | | |
|--|--|---|--|
| Punto 1.) Titulaciones universitarias de acceso admitidas: | | | |
| | | | |
| Punto 2) Horas de formación teórica: | | Horas s/otras modalidades de psicoterapia: | |
| Desglose de las horas de formación teórica: | | | |
| | | | |
| Desglose de las horas sobre otras modalidades de psicoterapia: | | | |
| | | | |
| TOTAL HORAS DE FORMACIÓN: | | | |
| Otras observaciones: | | | |
| | | | |