

## FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN COMO PSICOTERAPEUTA

**Nota:** Este formulario cumplimentado y firmado se escaneará y será enviado en formato PDF junto con los archivos PDF que conforman los justificantes correspondientes a los apartados cumplimentados, con un tamaño máximo de 5 Mb.

La identificación de cada uno los documentos escaneados en formato PDF, se hará de la siguiente forma:

A cada documento se le asignará la identificación compuesta por las 3 iniciales de nombre y apellidos del interesado seguido de guion medio y finalizando con el código del documento.

### ASOCIACIÓN QUE PROPONE LA ACREDITACIÓN:

<b>Psicoterapeuta</b>							
<b>Apellidos</b>							
<b>Nombre</b>							
<b>NIF</b>							
<b>Teléfonos</b>							
<b>Correos electrónicos</b>							
<b>Dirección Personal</b>							
<b>Calle/Avda./etc.</b>							
<b>Código postal</b>							
<b>Municipio</b>							
<b>Provincia</b>							
<b>Dirección Profesional</b>							
<b>Calle/Avda./etc.</b>							
<b>Código postal</b>							
<b>Municipio</b>							
<b>Provincia</b>							
<b>Datos del perfil</b>							
<b>Idiomas</b>							
<b>Horario de atención</b>							
<b>Días laborales</b>							
<b>Web</b>							
<b>Facebook</b>							
<b>Twitter</b>							
<b>LinkedIn</b>							
<b>Enfoque</b>	Cognitivo	Cognitivo-conductual	Corporal	Humanista	Integrador	Psicoanalítico	Sistémico
<b>Trabaja con</b>	Adolescentes	Adultos	Familia	Grupo	Niños	pareja	

## Acceso a la formación y acreditación del psicoterapeuta:

1.a) Titulación universitaria (grado/licenciatura) correspondiente a Psicología o Medicina	Código documento
	<b>1A</b>

1.b) Convalidación de formación teórico-práctica en psicoterapia	Código documento
A los <u>Médicos especialistas en Psiquiatría</u> y <u>Psicólogos especialistas en Psicología Clínica</u> se les computará la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia, práctica clínica, supervisión y actividades prácticas en Salud Mental realizadas en el curso de Especialización.	<b>1B</b>
Las titulaciones en <u>Psicología General Sanitaria, Medicina y Cirugía</u> podrán computarse parcialmente la formación teórica, técnica (en aquellas materias presentadas en sus programas de formación relacionados directamente con la psicoterapia, práctica sanitaria y/o actividades prácticas en Salud Mental, realizada en periodo de post-grado o su equivalencia a master –nivel 3 MECES- en el grado de Medicina.	<b>1B<sub>1</sub></b>
	<b>1B<sub>2</sub></b>

1.c) Experiencia en Salud Mental	Institución u Organismo	Fecha inicio /fecha fin	Código documento
Graduados/licenciados en Psicología y Medicina y Cirugía 4 años en el dominio de la Salud Mental, pública o privada, aportando documentación o certificaciones de ello.			<b>1C</b>
Dicha experiencia podrá haber sido adquirida tanto antes de acceder a la formación como psicoterapeuta, como culminada en el curso de la misma, siempre que se haya realizado en periodo de postgrado o su equivalente en el caso de Medicina.			<b>1C<sub>1</sub></b>

## 1.d) Formación Teórico-Práctica en Psicoterapia

Mínimo 3 años en el periodo de posgrado universitario o su equivalente a máster –Nivel 3 MECES- en el grado de Medicina, dedicados a la formación teórica, técnica y clínica en Psicoterapia y a la adquisición de las habilidades básicas del psicoterapeuta, a través de cursos y seminarios, con un mínimo total de 600 horas lectivas o 45 ECTS. (Incluirá al menos 50 horas de conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia).

TÍTULO DEL MÁSTER O CURSO	Institución u Organismo	Fecha inicio/ fecha fin	N.º de horas	Código documento
				<b>1D</b>
				<b>1D<sub>1</sub></b>
				<b>1D<sub>2</sub></b>
TOTAL AÑOS Y HORAS				

## 1.e) Práctica Supervisada

Mínimo 2 años de práctica profesional de postgrado o su equivalente a máster –nivel 3 MECES- en el grado de Medicina como psicoterapeuta. Al menos incluirá el tratamiento de dos casos y un mínimo total de 300 sesiones de tratamiento y 100 sesiones de supervisión de dichos tratamientos (de las cuales 50 serán supervisiones individuales en la modalidad de psicoterapia individual)

Institución o entidad	Fecha inicio / fecha fin	N.º de casos	N.º sesiones tratamiento	N.º sesiones supervisión	Código documento
					<b>1E</b>
					<b>1E<sub>1</sub></b>
					<b>1E<sub>2</sub></b>
<b>TOTAL</b>					
DATOS DEL SUPERVISOR / A					Código documento
					<b>1E<sub>3</sub></b>
					<b>1E<sub>4</sub></b>
					<b>1E<sub>5</sub></b>

## 1.f) Prácticas Adicionales

Mínimo de 200 horas durante un periodo mínimo de 6 meses de actividades prácticas en entornos públicos o privados de Salud Mental, realizada en postgrado universitario o su equivalente a máster – nivel 3 MECES en el grado de Medicina.

Institución o entidad	Trastornos mentales más frecuentes	Horas	Meses	Código documento
				<b>1F</b>
				<b>1F<sub>1</sub></b>
				<b>1F<sub>2</sub></b>

## 1.g) Terapia /Trabajo Personal

Mínimo 75 horas de formación, que permitan a los alumnos identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la Psicoterapia, mediante métodos y modalidades que establezca cada sección.

Psicoterapeuta responsable	N.º de horas	Modalidad (individual-grupal)	Modelo psicoterapia	Código documento
				<b>1G</b>
				<b>1G<sub>1</sub></b>
				<b>1G<sub>2</sub></b>

Yo \_\_\_\_\_  
 con DNI \_\_\_\_\_, Miembro de la Asociación:

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos cuantos datos y declaraciones anteceden y soy consciente de que la ocultación o falsedad de los mismos pueden ser motivo suficiente para la cancelación de la acreditación y la expulsión de la Asociación/Federación.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del interesado/a

Fdo. Presidente/a de la Asociación

Fdo. Secretario/a de la Asociación

## **Autorización para la inclusión de datos en la base de datos automatizada de la (FEAP), Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas**

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el psicoterapeuta acreditado abajo firmante, manifiesta su voluntad libre, específica, informada e inequívoca y acepta que los datos de su acreditación sean incluidos en las bases de datos informatizadas necesarias para incorporarse o seguir vinculados a la Asociación indicada y a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas.

Los datos recogidos serán tratados por la FEAP y podrán ser cedidos en su totalidad o en parte a otras entidades vinculadas o asociadas a ambas organizaciones, con el objeto de facilitar los objetivos sociales sobre todo en términos de gestión y administración. Así mismo, podrá hacerse uso de esta información para realizar a los miembros de la referida Asociación y a los socios de las distintas asociaciones federadas a la FEAP cualquier tipo de comunicaciones que se estimaran oportunas.

El órgano responsable del tratamiento es la FEAP, Calle Arganda nº 8, piso primero puerta C – Madrid 28005, ante la que la persona interesada podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 11 de Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

El/La abajo firmante manifiesta su voluntad libre, específica, informada e inequívoca y otorga su consentimiento expreso para que sus datos personales relativos a nombre, apellidos, domicilio, teléfono, e-mail, titulación, fotografía, datos de perfil: idioma, trabaja preferentemente con, días y horarios de atención, web, Facebook, Twitter, LinkedIn; así como Asociación que le acredita ante la FEAP, aparezcan en la página Web que la FEAP tiene en Internet, o en cualquier otra que tenga o tuviese en el futuro FEAP

Firma del/de la Psicoterapeuta: