# Formulario para la solicitud de la acreditación en Aphice como psicoterapeuta, counsellor, docente-supervisor o renovación de la acreditación

**Nota:** Este formulario se escaneará con las ﬁrmas y se entregará a APHICE en formato pdf. Es necesario adjuntar también todos los justiﬁcantes como documentos escaneados en formato pdf.

Para nombrar los archivos pdf: cada archivo se guardará con el siguiente nombre: las 3 iniciales del interesado, guión medio y el código del documento (1A, 4D, 6C, etc.).

Ejemplo: Agustín López García, nombrará sus documentos: ALG-3B; ALG-5C; etc.

**Por favor marque con una X la solicitud que desea realizar:**

 Solicitud Miembro Psicoterapeuta  Solicitud Miembro Psicoterapeuta Docente y Supervisor

 Solicitud Miembro Counsellor  Solicitud Miembro Counsellor Docente y Supervisor

 Renovación de la acreditación\*

(\*Para renovaciones de la acreditación sólo se requiere completar los apartados en los que haya habido una variación durante los años de validez de la acreditación).

**Datos personales del solicitante:**

|  |
| --- |
| **Apellidos:** |
| **Nombre:** | **NIF:** |
| **Domicilio:** |
| **Código Postal:** | **Localidad:** | **Provincia:** |
| **Teléfonos:** | **Correos electrónicos:** |
| **Idiomas (práctica profesional):** |

**Apartado 1:** TITULACIÓN ACADÉMICA:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Licenciatura o Diplomatura o Grado |  | Nº DE HORAS | CÓDIGO DOCUMENTO |
| Especiﬁcar título |  |  | 1A |
| Fecha obtención del mismo y Universidad |  |  |  |
| Si el título es distinto a Psicología o Medicina, indique las asignaturas cursadas requeridas (correspondientes a los siguientes bloques de contenidos: Psicología Evolutiva, Psicología d e l a p e r s o n a l i d a d , P s i co p a to l o g í a , Diagnóstico diferencial), especiﬁcando número de horas y Universidad.\* |  |  | 1B1C1D1E…. |
| OBSERVACIONES |  |  | Si es el caso:…1Hetc. |

\*Es posible que el nombre de las asignaturas sea distinto en función del plan de estudios cursado.

### Apartado 2: FORMACIÓN TEÓRICA, TÉCNICA Y CLÍNICA EN PSICOTERAPIA/COUNSELLING:

#### Nota: si no hubiera espacio suﬁciente en este apartado, se pueden añadir las ﬁlas necesarias o bien adjuntar una hoja aparte con la relación de cursos.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TÍTULO DEL MASTER O CURSO | INSTITUCIÓN U ORGANISMO | FECHA INICIO / FECHA FIN | Nº DE HORAS | CÓDIGO DOCUMENTO |
|  |  |  |  | 2A |
|  |  |  |  | 2B |
|  |  |  |  | 2C |
|  |  |  |  | 2D |
|  |  |  |  | 2E |
|  |  |  |  | 2F |
|  |  |  |  | 2G |
| TOTAL NÚMERO DE HORAS (Mínimo 600 h.) |  |  |  |  |

**Apartado 3: PRÁCTICA PROFESIONAL**: Licenciados en Psicología o Medicina mínimo de 4 años. Para otras titulaciones universitarias: primer ciclo mínimo 12 años y segundo ciclo mínimo 10 años.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN O ENTIDAD | TIEMPO TRABAJADO | Nº DE CASOSMínimo dos casos | Nº SESIONES TRATAMIENTOMínimo 300 | CÓDIGO DOCUMENTOSi procede |
|  |  |  |  | 3A |
|  |  |  |  | 3B |
|  |  |  |  | 3C |
|  |  |  |  | 3D |
|  |  |  |  | 3E |
| TOTAL |  |  |  |  |

**Apartado 4:** **HORAS DE SUPERVISIÓN DE LA PRÁCTICA CLÍNICA**: Mínimo 100 horas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCIÓN O ENTIDAD | Nº DE HORAS | Nº SESIONES TRATAMIENTO | DATOS DEL SUPERVISOR/A | CÓDIGO DOCUMENTO |
|  |  |  |  | 4A |
|  |  |  |  | 4B |
|  |  |  |  | 4C |
|  |  |  |  | 4D |
|  |  |  |  | 4E |
| TOTAL |  |  |  |  |

**Apartado 5: ACTIVIDADES- PRÁCTICAS EN ENTORNOS PÚBLICOS O PRIVADOS DE SALUD MENTAL:** Mínimo 6 meses

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| INSTITUCION | TRASTORNOS MENTALES MÁS FRECUENTES | TIEMPO EN PRÁCTICAS (EN MESES) | CÓDIGO DOCUMENTO |
|  |  |  | 5A |
|  |  |  | 5B |
|  |  |  | 5C |
| TOTAL Nº DE MESES |  |  |

### Apartado 6: PSICOTERAPIA PERSONAL ACREDITADA, AUTORREFLEXIÓN, FORMACIÓN SOBRE IMPLICACIÓN PERSONAL, ETC… Mínimo 100 horas

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| PSICOTERAPEUTA RESPONSABLE | Nº DE HORAS | MODALIDAD(individual o grupal) | MODELO DE PSICOTERAPIA | CÓDIGO DOCUMENTO |
|  |  |  |  | 6A |
|  |  |  |  | 6B |
|  |  |  |  | 6C |
| TOTAL Nº DE HORAS |  |  |

#### Los siguientes apartados (7 y 8) solo se rellenarán en caso de solicitar la acreditación como Miembro Docente y Supervisor

**ACTIVIDAD DOCENTE Y DE SUPERVISIÓN A OTROS PROFESIONALES**

**Apartado 7:** **DOCENCIA COMPARTIDA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Título y contenidos | Institución o centro | Nº de horas | CÓDIGO DOCUMENTO |
|  |  |  | 7A |
|  |  |  | 7B |
|  |  |  | 7C |
| TOTAL Nº DE HORAS |  |  |

**Apartado 8: SUPERVISIÓN A OTROS PROFESIONALES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Modalidad (individual o grupal) | Nº de horas | CÓDIGO DOCUMENTO |
|  |  | 8A |
|  |  | 8B |
|  |  | 8C |
| TOTAL Nº DE HORAS |  |  |

Yo con DNI , Miembro de APHICE

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.

En a de de

Los documentos entregados por el solicitante, están cotejados con los originales.

Fdo. Presidente/a de la Asociación Fdo. Secretario/a de la Asociación **Firma del interesado/a**

APHICE Asociación de Psicoterapia Humanista Integrativa y Counselling de España. es el Responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados bajo su consentimiento y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), con la finalidad de mantener una relación comercial y conservarlos mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a APHICE Asociación de Psicoterapia Humanista Integrativa y Counselling de España. en C/Alba, 17 - 28043 MADRID (MADRID). Email: secretaria@aphice.org y el de reclamación a www.agpd.es.