# 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 HORA | 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 de la personalidad, Psicopatología, Diagnóstico diferencial), especificando número de horas y Universidad.* | | | 1B<br>1C<br>1D<br>1E<br>.... |
| OBSERVACIONES | | | Si es el caso:<br>...1H |

*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 CASOS Mínimo dos casos | Nº SESIONES TRATAMIENTO Mínimo 300 | CÓDIGO DOCUMENTO Si procede |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 3A |
| | | | | 3B |
| | | | | 3C |
| | | | | 3D |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | 3E |
| TOTAL APHICE | | | | |

## 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

## 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.