**FICHA DE IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN**

FOTOGRAFÍA

**CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN
PSICOTERAPIA DEL NIÑO.**

**FECHA DE REALIZACIÓN: Septiembre 2018/Junio 2019**

Nombre y Apellidos:

D.N.I.:

Lugar y fecha de nacimiento:

Domicilio

Calle:

Localidad:

C.P.:

Teléfono: Fax:

E-mail:

Títulos académicos (Grado y Universidad):

Otros títulos o diplomas:

Especialidad:

Lugar de trabajo:

Dirección: Teléfono:

Puesto y funciones:

Años de experiencia clínica (especificar):

Años de formación previa en psicoterapia:

Años de práctica en psicoterapia:

Supervisiones realizadas:

Análisis o psicoterapia personal:

Orientación de la escuela de origen:

¿Cómo ha tenido conocimiento de este curso?:

¿Qué es lo que le ha llevado a inscribirse?

¿Qué espera encontrar en este curso?

Enviar a: SEPYPNA, Pº Castellana 114, 4º pta 3, 28046 Madrid

70 € Preinscripción al Nº cta BANKINTER ES18 0128 0011 3801 0006 0951

Según lo dispuesto en la Ley 15/1999, de Protección de datos los datos solicitados formarán parte de un fichero de clientes debidamente inscritos en la Agencia de Protección de Datos y propiedad de la Empresa SEPYPNA con CIF G-78528288 con domicilio en Pº de la Castellana 114, 4º pta 3 28046 Madrid. Recabar estos datos tiene por objeto GESTIÓN DE SOCIOS y no serán cedidos a terceros bajo ningún concepto sin su expresa autorización. Usted tiene derecho a recibir respuesta de cualquier pregunta, consulta o aclaración que le surja derivada de este cuestionario. Igualmente tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación, de sus datos mediante escritos a la dirección antes indicada o por correo electrónico a: sepypna@sepypna.com

Fdo.: