

## MODELO DE FICHA DE PARTICIPANTES

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN

#### CURSO BÁSICO DE FORMACIÓN DE PSICOTERAPEUTAS DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.

**FECHA DE REALIZACIÓN: Septiembre 2009-Junio 2010**

FOTOGRAFÍA

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:



Secretaria  
c/ Monte Esquinza, 24 4º izda.  
28010 Madrid  
Telf. /Fax 91 319 24 61

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?

Transferencia bancaria a: FORMACIÓN SEPYPNA, Nº CTA 2100-3737-04-2200104504

Enviar a : SEPYPNA, C/ Monte Esquinza 24, 4º izqda. 28010 Madrid