

**APAG**

Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal

Sr. Presidente Asociación Psicoterapia Analítica Grupal

D/Dña _____
D.N.I./C.I.F. _____ con domicilio
en _____ de _____
C.P. _____ Tfno. _____ Móvil _____
de profesión _____ Titulación universitaria _____
_____ y domicilio laboral en _____
de _____ C.P. _____ Tfno. _____
E-mail _____

Con interés claro y determinado hacia la psicoterapia grupal analítica y a propuesta de los Miembros Titulares de A.P.A.G. :

D/Dña _____ Firma _____
D/Dña _____ Firma _____

Solicita su ingreso en la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal en calidad de Miembro Asociado.

Firma y fecha.

Solicita además (optativo): Que en caso de reunir los requisitos suficientes recogidos en los Estatutos vigentes, sea considerada su incorporación como Miembro Titular, deseando ser incluido/a en el Registro Nacional de Psicoterapeutas de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (F.E.A.P.), así como en las Secciones de las que forme parte A.P.A.G. dentro de F.E.A.P. Para ello acredita, tal y como demuestra en la documentación adjunta aparte:

1. _____ años de dedicación en el período de postgrado universitario a la formación teórica, técnica y clínica en psicoterapia analítica grupal, habiendo cumplimentado un mínimo de _____ horas. De estas, _____ horas se corresponden a experiencia o tratamiento personal en grupo.
2. _____ años de práctica profesional supervisada como psicoterapeuta grupal analítico. Habiendo conducido en este período un mínimo de _____ grupos, lo que supone un total de _____ sesiones.
3. De las sesiones aludidas en el punto anterior, un total de _____ fueron supervisadas (en individual o en grupo) por D/Dña _____ y/o _____ fueron en coterapia con D/Dña. _____
4. _____ meses de actividades prácticas (_____ horas) en entornos públicos o privados de Salud Mental

Firma y fecha.

NOTAS: Si solicita la adhesión como Miembro Titular, **NO OLVIDE FIRMAR TAMBIÉN** la solicitud de Asociado en esta misma hoja. Envíe la solicitud y domiciliación bancaria a: Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal (A.P.A.G.). C/ Avenir 5, pral. 2ª. 08006. BARCELONA. (Tfno. 93 201 17 96). La solicitud deberá ser aprobada por la Junta Directiva y ratificada en Asamblea General.

Domiciliación bancaria

D/Dña _____
Dirección _____ Banco / Caja de ahorros _____
Sucursal _____ Población _____ Cuenta nº _____

Muy Sres. Míos. Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar de mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros nº _____ el importe de la cuota de socio que pase al cobro la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal

(Imprima este documento y envíelo cumplimentado por correo postal

y a apagjunta@gmail.com