

MODELO DE SOLICITUD PARA ACREDITACIÓN EN ÁREA PROFESIONAL ESPECÍFICA (APE)

Sr/a Director/a de la Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Nombre del solicitante _____

Titulación _____

DNI _____ Teléfono de contacto _____

Dirección _____

Declaro estar en posesión de los requerimientos mínimos exigidos por la AEN para solicitar la evaluación de mi curriculum formativo en el ámbito específico de: (marcar con una cruz)

Psicoterapia

- Certificado de Psicoterapeuta (CP)
- Certificado de Acreditación para Intervenciones Psicoterapéuticas (CAIP)

Infanto-Juvenil

- Certificado de Psiquiatra acreditado en salud mental de niños y adolescentes
- Certificado de Psicólogo acreditado en salud mental de niños y adolescentes
- Certificado de Enfermera/o acreditado en salud mental de niños y adolescentes

Rehabilitación Psicosocial

- Certificado de Rehabilitador Psicosocial
- Certificado de Acreditación para Intervenciones de Rehabilitación Psicosocial.

Adjunto

- Modelo Normalizado de CV

Justificantes de los méritos mínimos

- Fotocopia del Título de licenciado o Doctor o Enfermería u otros (especificar)
- Carta del o los supervisores acreditando las horas de supervisión realizadas (APE Psicoterapia y SM Niño y Adolescente)
- Fotocopia de certificado/s de curso o cursos teórico-prácticos equivalentes a las horas exigidas en los criterios de acreditación

Fecha y firma del solicitante