**SOLICITUD DE ADMISIÓN como Miembro**

|  |  |
| --- | --- |
| *Apellidos y nombre:* |  |
| *Dirección postal completa:* |  |
| *Número del D.N.I.* |  |
| *Titulación/es:* |  |
| *Años de práctica y experiencia profesional en Salud Mental:* |  |
| *Domicilio profesional completo:* |  |
| *Teléfono/ móvil :* |  |
| *E-mail:* |  |
| *Miembros que le presenta o forma de conocimiento:* |  |
| *Banco en el que domiciliara su cuota* |  |
| *Dígitos completos de la cuenta* | *ES* |

Solicito ser admitido en la Asociación QUIPÚ, INSTITUTO DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA Y SALUD MENTAL, en la categoría de Miembro *(marque con una X, la categoría elegida):*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Candidato** | X | **Asociado** |  | **Titular** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Deseo Inscribirme en el Servicio Pichón Rivière –SPR- | | | | | | Si | No |
| Deseo atender (ordenar la elección por prioridad numérica) |  | Niños |  | Adolescentes |  | Adultos | |

|  |  |
| --- | --- |
| Para lo que adjunto la siguiente documentación: | |
| Curriculum (si/no) |  |
| Fotocopia del DNI (si/no) |  |
| Copia de la Titulación Universitaria (si/no)  (compulsar solo para Miembros Asociado y titular. No es necesario para Miembro candidato.) |  |
| Declaración o constancia sobre psicoterapia personal (solo para Miembros Asociados y titulares) |  |
| Informes de los supervisores (solo para Miembros Asociados y titulares) |  |

Lo que en prueba de conformidad firmo en Madrid, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fdo.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_