Datos del Solicitante:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos y nombre: |  | NIF: |
| Dirección postal completa: |
| Teléfonos: |  |  | E-mail: |
| Titulación (es) que posee: |  |
| Colegiado/a número |  | Actividad profesional actual e Institución : |
| Fecha de nacimiento: |
| ¿Cursa actualmente otros estudios? Indíquelos |
| ¿Ha realizado o está realizando vd. su propia psicoterapia personal? Indique periodo y características |
| ¿Ha supervisado su práctica clínica? Indique periodo y características. |
| ¿Pertenece a asociaciones relacionadas con la psicoterapia? Indíquelas |

**Solicita reserva de plaza y admisión / renovación de matrícula en los siguientes estudios / diplomas:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Máster en Psicoterapia Relacional** |
|  | **Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional** |
|  | **Mantenimiento de matrícula** (Para alumnos previamente matriculados, pero sin continuidad más de un año) |

**Solicita admisión sobre las siguientes actividades formativas presenciales del curso próximo:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Programa Intensivo “Psicoterapia Psicoanalítica Relacional” (1 sábado al mes, c/u 8h; 11 sábados por ciclo lectivo) |
|  | Seminario “Clínica Relacional” (Seminario permanente de Clínica y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica) - 3 h.. semana |
|  | Seminario “Renovadores de la Psicoterapia Psicoanalítica” - 1´5 horas semanales, 6h. al mes. |
|  | Curso ON-LINE: Introducción al Modelo Dinámico Relacional (6 créditos) |
| X | Autorizo a que mis datos sean incorporados al fichero que gestiona Ágora Relacional según las garantías de la L. de Protección de Datos y el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 |

**Forma de pago de la matrícula y cursos:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Efectivo/Talón bancario |  | En la web / Paypal /Tarjeta |  | Domiciliación |  | Transferencia / ingreso |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Modalidad de pago*** *(rodee la que escoja)* | Pago único | Dos pagos | Pagos mensuales | Otra |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pago por ingreso o transferencia** | Entidad: IBAN  |
|  | SANTANDER  | ES05 0049 6109 6025 1634 1960 |

(Indique en el concepto su nombre completo, y la denominación abreviada del curso o actividad en la que se inscribe)

|  |
| --- |
| **Si opta por el pago por domiciliación ha de rellenar y firmar la orden de Domiciliación formato SEPA.** |
| En  | a | de | de 20 . |

Fdo.