



Máster en Psicoterapia Relacional
Especialista en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional



Formulario de Pre-Inscripción

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)
☒	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.

Nota: La solicitud de plaza mediante la firma de este impreso y la formalización de matrícula implica que conoce y la acepta las normas del documento de "Normas y procedimiento de inscripción de Estudios de Postgrado en Psicoterapia Psicoanalítica Relacional" que le ha sido entregado. Para formalizar la matrícula deberá enviar también el documento justificativo del pago, un breve currículum, y a efectos de la expedición de certificados y diplomas deberá adjuntar una fotografía, y copia de su titulación o certificado de estudios (Psicología / Medicina), y en su caso, del carnet de colegiado. Esta documentación podrá remitirla también posteriormente si no dispone de ella en este momento.

Entidad gestora: ÁGORA RELACIONAL. Alberto Aguilera, 10 – Esc. Izqda – 1º; 28015-MADRID

Teléfono: 915919006 - Fax 914457333 Correo Electrónico: gformacion@psicoterapiarelacional.es

(Información adicional mediante contacto por e-mail, teléfono o cita previa)

Formación reconocida por INSTITUTO DE PSICOTERAPIA RELACIONAL (FEAP) y otras entidades acreditadoras.