

PROCEDIMENT DE ACREDITACIÓ PER A L'OBTENCIÓ DEL TITOL DE TERAPEUTA SUPERVISOR/A COGNITIVOCONDUCTUAL

Documentació necessària:

- Acreditació com a terapeuta cognitivoconductual.
- Rebut bancari que justifiqui pertànyer a una Associació legalment reconeguda de Teràpia Cognitivoconductual des de, com a mínim, un any abans de sol·licitar l'acreditació.
- Declaració jurada de pràctica clínica i terapèutica cognitivoconductual (Annex 1).
- Presentació de currículum vitae (model en els annexos) amb els certificats acreditatius
- Experiència clínica mínima de cinc anys, especificant les característiques del centre, el tipus de pacients tractats i les tècniques aplicades en cada cas (Annex 4)
- Justificació documental d'un mínim d'experiència docent durant almenys cinc anys en la supervisió de 25 casos avaluats i tractats per terapeutes cognitivoconductuals en formació (Annex 5).
- Justificar documentalment un mínim de 30 hores de docència en Teràpia cognitivaconductual. (Annex 6)
- Rebut bancari del pagament.

Termini de presentació de sol·licituds: OBERT

Preu 90 Euros.

Dades bancàries SCRiTC – Caixa de Catalunya – 2013-0692-87-0200029444
S'ha de fer constar nom i cognoms i “acreditació” com a concepte.
SCRITC - Apartat de correus núm. 11. Universitat Autònoma de Barcelona, 08193
Bellaterra (Barcelona).

ANNEX 1: DECLARACIÓ JURADA

En / Na _____ amb DNI no _____ amb domicili
a _____ codi postal _____
de la ciutat de _____ amb telèfon de contacte
_____ i correu electrònic _____

EXPOSA:

Que essent llicenciat/da en

- Psicologia
- Medicina, amb l'especialitat de psiquiatria

i usant la teràpia Cognitiu-Conductual com a model fonamental de tractament psicològic, considera complir els requisits indispensables per a ser acreditat com a

- Terapeuta Cognitiu-Conductual
- Terapeuta-Supervisor/a Cognitiu-Conductual

per la SCRiTC, i per això

SOL·LICITA:

Siguin avaluats els meus mèrits per a rebre l'acreditació corresponent.

_____, _____ de _____ de 201____

ANNEX 4

Pràctica Clínica

Periode	Centre on es va realitzar	Tipus de problema / es	Tècniques aplicades	Hores

ANNEX 5

Experiència docent en la supervisió de mínim 25 casos avaluats i tractats per terapeutes Cognitivoconductuals en formació (caldrà afegir còpia de documents acreditatius)

Periode	Cas Nº	Nom del Terapeuta	Centre on es va realitzar	Tipus de problema / es	Tècniques aplicades	Hores

ANNEX 6

Experiència docent en TCC (caldrà afegir còpia de documents acreditatius)

Data	Curs	Tipus	Programa en què s'adscriu	Organitzador	Hores

* Tipus: s'inclouran classes de llicenciatura, seminaris, workshops, cursos de postgrau, etc. Queda exclosa l'assistència a congressos.

HISTORIAL PROFESSIONAL

1. Dades personals i professionals.

1.1. Nom i Cognoms.

1.2. Adreça, telèfon de contacte, e-mail.

1.3. Lloc/s de treball actual/s.

2. Dades acadèmiques.

2.1. Formació universitària (llicenciatura, especialitat i/o estudis de postgrau).

2.2. Doctorat.

3. Experiència professional.

4. Experiència docent.

4.1. Experiència docent universitària.

4.2. Experiència docent no universitària

5. Mèrits d'investigació.

5.1. Publicacions.

5.1.1. Capítols de llibres.

5.1.2. Articles.

5.1.3. Resums de comunicacions (abstracts).

5.1.4. Congressos: Conferències, ponències, comunicacions i cartells.

5.2. Altres mèrits d'investigació (per exemple: beques, premis, projectes d'investigació, investigacions en curs, etc.).

6. Formació complementària.

7. Altres mèrits i dades d'interès!