



Mod. 12

## Ficha de Candidatura

### Pretendo inscrever-me na Acção de Formação

Título: \_\_\_\_\_

Período: \_\_\_\_\_

Declaro ter conhecimento do Regulamento da Formação em Terapia Psico-Corporal Integral ([www.asaseraizes.pt/Formação/Terapia](http://www.asaseraizes.pt/Formação/Terapia) Psico-Corporal Integral) que aceito.

Nalgumas acções de formação é preciso ter terapia paralela à formação. Por favor indique:

Terapeuta: \_\_\_\_\_ Modalidade: \_\_\_\_\_

### Dados Pessoais

Nome (completo): \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Cód.Postal: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Tlm: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

B.I. nº: \_\_\_\_\_ emitido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Arq. \_\_\_\_\_

**(favor enviar fotocópia, se ainda não estiver entregue)**

Se o curso for falado em Inglês, preciso de tradução

Se o curso for falado em Castelhana, preciso de tradução

### Modo de Pagamento

Pagarei (preencher o que lhe interessa):

a) Pagamento único em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ no valor de \_\_\_\_\_€

b) Por cheques pré-datados mensais, no valor de \_\_\_\_\_€ cada, a começar em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**Nota:** Para outras modalidades envio proposta por escrito. Valores pagos não serão devolvidos.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Esta ficha é completada por outras sobre Curriculum resumido e Processo Terapêutico Pessoal no caso de ser a primeira inscrição numa acção de formação na Asas e Raízes, ou se querer actualizar as fichas entregues anteriormente.

## Curriculum resumido

(Mencione o ano da Formação, a área, a qualificação, a existência de Certificado / Diploma / Título e a Instituição formadora).

- Formação Académica \*

---

---

---

---

- Formação Profissional e Acções de Formação \*

---

---

---

---

---

---

---

- Actividades Exercidas

---

---

---

---

---

---

---

---

\*) Convém juntar fotocópias de documentos que considere importantes.

# Processo Terapêutico Pessoal

(Mencione a data e duração da terapia, o método / abordagem, o terapeuta)

a)Terapia individual (indicar nome(s) de terapeuta(s) mais importante(s) para si, com a indicação da metodologia seguida)

---

---

---

---

---

---

---

b)Terapia de Grupo

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_