

## Solicitud de admisión como miembro del Instituto para el Desarrollo y la Aplicación de EMDR (IDAE)

Apellidos \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Licenciatura (marque la que corresponda):

Psicología  Medicina

Formación en EMDR:

Lugar \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Domicilio personal:

Calle \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Piso y letra \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio profesional:

Calle \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Piso y letra \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Localidad** \_\_\_\_\_ **Provincia** \_\_\_\_\_

**País** \_\_\_\_\_

**Teléfonos:** \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto y dirección de correo electrónico que desea que aparezca en la web de IDAE** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fecha de solicitud:** \_\_\_\_\_

## **Firma**

De conformidad con Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos obtenidos del presente documento serán incorporados a un fichero titularidad de SEMPYP y serán gestionados de acuerdo a dicha Ley.