

ANNEX PER A LA SOL·LICITUD DE PARTICIPACIÓ AL PROGRAMA D'INTERVENCIÓ PSICOLÒGICA EN CASOS AMB EL PROTOCOL DE RISC AUTOLÍTIC ACTIVAT EN ELS CENTRES EDUCATIUS DE LES ILLES BALEARS PER AL CURS 2023-2024.

DADES DEL PROFESSIONAL DE LA PSICOLOGIA	
Nom i llinatges:	<input type="text"/>
Número de col·legiat/da:	<input type="text"/>
DNI/NIF:	<input type="text"/>
Adreça fiscal:	<input type="text"/>
Localitat:	<input type="text"/>
Illa:	<input type="text"/>
Telèfon:	<input type="text"/>
Adreça electrònica:	<input type="text"/>

ASSENYALEU ELS CRITERIS DE SELECCIÓ QUE COMPLIU PER A LA PARTICIPACIÓ AL PROGRAMA. CALDRÀ ACOMPANYAR LA SOL·LICITUD DE LA DOCUMENTACIÓ ADIENT QUE ACREDITI ELS CRITERIS MARCATS.

• Llicenciatura o Grau en Psicologia.	<input type="checkbox"/>
• Col·legiat/ada al Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears.	<input type="checkbox"/>
• Estar en possessió de l'habilitació de Psicòleg General Sanitari, Psicòleg Especialista en Psicologia Clínica o Màster General Sanitari.	<input type="checkbox"/>
• Experiència acreditada en psicoteràpia infanto-juvenil.	<input type="checkbox"/>
• Formació en diversitats sexuals i/o identitats de gènere, violència entre iguals, violència sexual i trastorns de la conducta alimentària.	<input type="checkbox"/>
• Formació en l'àmbit de suïcidi i autolesions.	<input type="checkbox"/>

Data:

Signo la meua voluntat de participar en el **Programa d'intervenció psicològica en casos amb el protocol de risc autolític activat en els centres educatius de les Illes Balears per al curs 2023-24**, i em considero informat/da que el pagament de les sessions establertes i realitzades corresponen a l'actuació finançada pel Ministeri d'Educació i Formació Professional i Esports en el marc del Pla de Salut Mental i Benestar Emocional en l'Àmbit Educatiu.

Signatura del professional participant: