

E F T A

---

**Chamber of Individual Members**

*secretariat:* rue de la Voie Cuivrée, 26 - 5503 Sorinnes - Belgium

tel. 00 32 496 22 22 96 \* e-mail: [eftacim@gmail.com](mailto:eftacim@gmail.com)

Website: [www.europeanfamilytherapy.eu](http://www.europeanfamilytherapy.eu)

Gentile signora, gentil signore,

innanzitutto un cordiale ringraziamento per il suo interesse e il suo desiderio di diventare membro individuale dell'EUROPEAN FAMILY THERAPY ASSOCIATION.

Come ben sa, l'EFTA è la prima e l'unica organizzazione che raggruppa i terapeuti familiari di tutta Europa. Attualmente abbiamo membri in 29 paesi.

Gli obiettivi dell'associazione consistono nella promozione di un livello superiore di competenza e di qualità nella pratica, la ricerca e l'insegnamento della terapia familiare; il raggruppamento e il coordinamento dei centri, Istituzioni e individui d'Europa nell'ambito della Terapia Familiare.

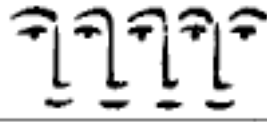
Da qualche anno l'EFTA ha una nuova struttura, composta da tre Camere (Camera dei membri individuali, Camera degli Istituti di Formazione, Camera delle Associazioni Nazionali).

Se vuole diventare membro individuale di EFTA, completi il formulario allegato e lo invii con la documentazione richiesta (vedere la lista nel formulario allegato).

Speriamo di ricevere presto sue notizie.

Cordialmente

Anne Chouhy  
Presidente della Camera  
dei Membri Individuali di EFTA



E F T A

---

**Chamber of Individual Members**

secretariat: rue de la Voie Cuivrée, 26 - 5503 Sorinnes - Belgium

tel. 00 32 496 22 22 96 \* e-mail: eftacim@gmail.com

Website: www.europeanfamilytherapy.eu

**DOMANDA DI ADESIONE ALL' EFTA-CIM**

Il/la sottoscritto/a, desidero presentare la mia candidatura come membro effettivo dell'EFTA CIM e a tale fine allego alla mia domanda i seguenti documenti:

1. Un Curriculum Vitae
2. Un certificato che attesti di una formazione lunga all'Approccio Sistemico e alla Terapia Familiare Sistemica da un centro di formazione (o al massimo due) che certifichi un **minimo di 700 ore di formazione ripartite su al meno quattro anni, comprensiva di un minimo di 450 ore di formazione clinica in presenza della supervisione - diretta ed indiretta - del didatta ed un minimo di 250 ore di attività clinica personale e autonoma con coppie e famiglie, certificate dal centro di formazione.**

Nota Bene:

- a) Non sono considerate valide alla "formazione in psicoterapia familiare sistemica" le supervisioni individuali e/o in gruppo, al di fuori del programma del centro di formazione.
  - b) Non sono considerati validi alla "formazione in psicoterapia familiare sistemica" i programmi universitari il cui titolo contiene la dicitura "sistemica" e/o la dicitura "terapia familiare."
3. La presentazione da un professionista diverso dai miei formatori (ad esempio, il responsabile dell'Istituzione, Associazione, Dipartimento, ecc., nel/la quale lavoro, o qualsiasi altra persona che possa fare da referente e, se possibile, che sia già un membro dell'EFTA) che attesti il mio lavoro con le famiglie.
  4. La ricevuta del versamento della quota amministrativa di Euro 38,00 come indicato nelle istruzioni allegate.

Nota Bene: Questa quota copre unicamente le spese di apertura del dossier. Una volta che la candidatura verrà accettata, vi sarà richiesta la quota annuale di membro effettivo dell'EFTA CIM pari a Euro 80,00.

Data e firma :

La domanda va inviata a [eftacim@gmail.com](mailto:eftacim@gmail.com)  
O per posta : EFTA CIM  
Rue de la Voie Cuivrée 26  
5503 Sorinnes (Belgio)

P.S. Attenzione a non dimenticare di completare la scheda informativa allegata

Per Informazione:

- I dossier completi sono sottoposti alla commissione di accreditamento che si riunisce circa due volte l'anno
- Se manca qualche documento provvederemo ad avvisare, in modo che il dossier possa essere completo
- Verrà inviata una lettera da parte della commissione in cui saranno comunicati i risultati della commissione stessa.

## SCHEDA INFORMATIVA

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA:

Indirizzo di casa: Via

n.civico

CAP

Città

Nazione

N. telefono casa

n. telefono cellulare

n. fax privato

---

Indirizzo di lavoro

Nome dell'Istituzione, dipartimento, ecc.

Via

n. civico

CAP

Città

Nazione

n. Telefono lavoro

n. fax lavoro

---

Indirizzo e-mail:

Sito web personale:

---

TITOLI ACCADEMICI QUALIFICANTI PROFESSIONALMENTE:

Diploma di laurea di base:

- Formazione successiva in terapia familiare e/o approccio sistemico:

<b>FORMAZIONE INIZIALE IN TERAPIA FAMILIARE</b>		
Organismo	Date	Numero di ore

## FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN TERAPIA FAMILIARE

Organismo	Date	Numero di ore
		<b>TOTALE :</b>  (minimo 700 ore su quattro anni)

- Formatori:
  
- Persona alla quale è stato chiesto di fare da garante come precisato al punto (3), che certificherà che la pratica professionale è inserita nell'ambito della terapia familiare e/o nell'approccio sistemico.

**PER IL PAGAMENTO ALL'EFTA DELLA QUOTE AMMINISTRATIVE DI  
CANDIDATURA E I VERSAMENTI DELLE QUOTE COME MEMBRI  
INDIVIDUALI**

Vi consigliamo di attenervi alle condizioni che di seguono vengono riportate. Questo garantisce un trattamento rapido e sicuro del vostro dossier ed evita inoltre spese inutili. Grazie.

PER I CANDIDATI E I MEMBRI RESIDENTI IN.

- **Belgio:** voi potete pagare sul conto EFTA presso la banca ING.  
**IBAN BE 81 3100 9433 6024 – BIC BBRUBEBB**
  
- **Francia:** potete inviarci un assegno in euro e verrà incassato sul nostro conto in Francia
  
- **Altri Stati:** effettuate un versamento in euro presso la nostra banca in Belgio: ING.  
205 – 207 avenue Louise – 1000 Bruxelles, conto numero 310 – 0943360 – 24.  
**IBAN: BE 81 3100 9433 6024 – BIC: BBRUBEBB**

Si può pure pagare con carta Visa, Mastercard, o Eurocard. In questo caso compilate il bollettino allegato sotto. Importante: l'importo deve essere scritto in Euro.

Rinviare questo bollettino con l'importo segnato a:  
[eftacim@gmail.com](mailto:eftacim@gmail.com) o per posta a:  
EFTA CIM – rue de la Voie Cuivrée, 26 - 5503 Sorinnes (Belgio)

Cognome, nome:.....

Indirizzo:.....

.....

Tel. : .....

Importo di ..... EUROS per carta :

Visa     Mastercard     Eurocard

N°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data scadenza :    /

Data :

Firma :