**JORNADAS SEPCyS 2018**

APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA A LA MEJORA DE LA SALUD: RECOMENDACIONES PARA INTERVENCIONES EFICIENTES

Calatayud, 9-10 noviembre

**Formulario de Inscripción. Remitir a** [**secretaria@sepcys.es**](mailto:info@sepcys.es) **o por fax al 985281374**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos |  | | | Nombre |  | |
| DNI |  | | | Teléfono |  | |
| Año de la licenciatura en Psicología: | | | | Nº de Colegiado: | | |
| Email para envío del certificado: | | | | | | |
| ¿Necesitará un certificado de asistencia provisional? | | | | (en caso afirmativo, se le entregará al final Jornadas) | | |
| Especialidad Psicología Clínica | | SI | NO | Máster Gal Sanitario o Habilitación | SI | NO |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| TIPO DE INSCRIPCIÓN\*1 | General | Miembro de Entidades precio reducido | Estudiantes (acreditar) | Socio Titular o Sección de Estudiantes de la SEPCyS |
| Cuota Jornadas antes del 30 septiembre | 115 | 95 | 25 | GRATUITAS |
| Cuota Jornadas después del 30 septiembre | 145 | 125 | 50 | GRATUITAS |
| Cuota Taller\*2 | GRATUITO | GRATUITO | 30 | 30 |
| Cena Jornadas\*3 | 35 | 35 | 35 | 35 |
| **Indique en el recuadro correspondiente el total a abonar** |  |  |  |  |

\*1 Puede beneficiarse de la gratuidad de la Jornadas para Socios Titulares de la SEPCyS si formaliza su ingreso en la Sociedad con anterioridad al 30 de septiembre (cuota anual 60€). Remita cumplimentada la solicitud anexa junto con el boletín de inscripción o a través del siguiente enlace <http://www.sepcys.es/index.php?page=solicitud>

\*2El aforo de los talleres es limitado, cubriéndose por orden de inscripción. Es necesario estar inscrito en las Jornadas para la inscripción a los talleres

\*3 Si desea asistir con acompañante a la cena, sume el importe extra (35€) en el total a abonar y marque la siguiente casilla:

Cena con acompañante

Si necesita adaptación por algún tipo de discapacidad, por favor contacte con la secretaría de las Jornadas

Indique el orden de preferencia del taller en el que desea inscribirse (1º, 2º, 3º)

* ¿Cómo medir la efectividad de las intervenciones psicología?: \_\_\_\_\_
* T. Activación Conductual: \_\_\_\_\_
* T. Intervención Psicológica en adolescentes violentos: \_\_\_\_\_\_

El ingreso por el total de la cantidad a abonar deberá realizarse en el número de cuenta: **ES3130590071081136876529**, cuyo titular es la Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS), señalando el concepto **“Jornadas Calatayud + sus apellidos”**

Se han concertado precios especiales de alojamiento y transporte. Puede consultar ofertas [aquí](http://www.sepcys.es/)

A los efectos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa que sus datos personales se incorporarán a un fichero propiedad de la entidad SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL AVANCE DE LA PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD SIGLO XXI con la finalidad de poder gestionar sus datos para la participación en el evento, jornada y/o actividad organizada, así como de mantenerle informado por cualquier medio (incluido el correo electrónico o sistema electrónico equivalente) de todas aquellas actividades y servicios de nuestra entidad que estimamos pueden ser de su interés.

Además, autoriza a la entidad, a la utilización de su imagen y/u otros datos identificativos en las publicaciones que la entidad realice, así como en la página web (www.sepcys.es) y perfil de FACEBOOK

En caso de no querer recibir publicidad y/o no querer que su imagen y/u otros datos identificativos aparezcan en publicaciones de la entidad, rogamos que lo comuniquen en el momento del envío de la información a la sociedad a través del correo electrónico: info@sepcys.es**.**

Sus datos podrán ser cedidos para las indicadas finalidades que puedan ser realizadas entre la entidad y otras sociedades relacionadas con la prestación de los servicios solicitados o auxiliares de éstos en los términos previstos en la indicada Ley.

Usted tiene derecho al acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos previstos en la Ley, que podrá ejercitar por escrito dirigido a: SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL AVANCE DE LA PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD SIGLO XXI responsable del fichero, con domicilio en C/ Ildefonso Sánchez del Rio, 4 - 1º B 33001 OVIEDO ASTURIAS

En el caso de producirse alguna modificación de sus datos, rogamos nos lo comunique debidamente por escrito con la finalidad de mantener sus datos actualizados

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI (SEPCyS)**

La Asociación **Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI** surge con el ánimo de ser referente de la Psicología Clínica y Psicología de la Salud en España, y de propiciar su avance científico y profesional. Nace con ánimo de integración y con la pretensión de ser cauce de comunicación con todas aquellas sociedades que compartan los mismos fines.

Tiene como objeto la promoción y el fomento de la Psicología Clínica y de la Salud tanto en el campo de la investigación científica, como en la práctica profesional, teniendo en cuenta para ello las directrices contenidas en el Código Deontológico del Psicólogo aprobado por el Colegio Oficial de Psicología.

Podrán solicitar ser **Socio Titular** de la SEPCyS aquellas personas que cumplan los siguientes requisitos:

* Poseer titulación en Psicología
* Estar de alta en el Colegio Oficial de Psicología
* Acreditar actividad en el ámbito de la Psicología Clínica y/o Psicología de la Salud.

Si desea solicitar su admisión como miembro de la SEPCyS, rellene el siguiente formulario. Además de los datos que le pedimos, deberá enviarnos su curriculum profesional, para hacer constar los requisitos de actividad en el ámbito de la Psicología Clínica y/o Psicología de la Salud.

La cuota anual como Socio Titular es de 60 €

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos |  | | Nombre |  |
| DNI |  | | Teléfono |  |
| Email |  | | | |
| Dirección |  | | | |
| Código Postal |  | Localidad: | Año fin titulación |  |
| Año Doctorado si posee: | | | Año Especialidad Clínica si posee: | |
| Año Máster General Sanitario si posee: | | | Posee Habilitación Sanitaria: SI NO | |
| Colegio Profesional: | | | N.º de Colegiado: | |
| Titular Cuenta Bancaria: | | | | |
| IBAN: | | | | |