

FORMULARIO DE AFILIACIÓN Y MEMBRESIA (PRIMERA VEZ)
Asociación Colombiana de Arte Terapia



Información Personal

| | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------|--|
| Fecha | | | |
| Nombres y Apellidos | | | |
| Documento de Identidad | | Fecha y Lugar de Nacimiento | |
| Dirección de Correspondencia | | | |
| Ciudad | | Teléfono | |
| E-mail | | Celular | |

Puede ser miembro de la Asociación toda persona natural, mayor de edad, en pleno ejercicio de sus derechos civiles, mientras acepte voluntaria y expresamente lo establecido en los estatutos de ar.te.

La afiliación es un costo ÚNICO que pagas la primera vez que activas la Membresía, su valor es de \$ 35.000 pesos.

Categorías de Miembros
(Marca con una X donde corresponda)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Profesional Acreditado Personas con título profesional universitario, que hayan realizado estudios de postgrado en Arte Terapia: Especialización o Maestría con al menos 32 créditos específicos de Arte Terapia y 900 horas de práctica supervisada. Valor de la membresía anual: \$ 115,000. | <input type="checkbox"/> Profesional Personas con título profesional universitario, que hayan realizado estudios de postgrado en Arte Terapia o psicoterapia de las artes (especialización o Maestría) que no reúne los requisitos en cuanto a horas de práctica supervisadas o número de créditos requeridos. Valor de la membresía anual: \$ 115,000. |
| <input type="checkbox"/> Allegado Personas con título profesional universitario que hayan realizado estudios de pregrado o posgrado en campos afines al arte terapia Valor de la membresía anual: \$ 90,000 | <input type="checkbox"/> Amigo Personas o instituciones que estén interesadas en aportar al desarrollo del Arte Terapia en Colombia y apoyar los objetivos de Ar.Te. Valor de la membresía anual: \$ 90,000 |
| <input type="checkbox"/> Estudiante Personas que se encuentren en proceso de formación académica a nivel de pregrado en psicología, bellas artes o profesiones afines, que presenten el certificado que lo compruebe; así como estudiantes de programas de formación en Arte Terapia reconocidos por la asociación. Valor de la membresía anual: \$ 80,000 | |

NOTA: Por favor adjuntar los documentos solicitados, junto con el formulario diligenciado y enviar a

arte.terapia.colombia@gmail.com.

Su pago puede hacerlo por consignación a Cuenta de Ahorros Bancolombia # 193-514240-80 a nombre de la Asociación Colombiana de Arte Terapia.

| Información Académica | | |
|-----------------------|-------------|--------|
| Estudios Finalizados | | |
| Título Recibido | Institución | Fechas |
| | | |
| | | |
| Estudios en Curso | | |
| Título | Institución | Fechas |
| | | |
| | | |

| Áreas de Interés en Arte Terapia | | | |
|---|---|--|---|
| | | | |
| ¿Está interesado en ser voluntario? | | | |
| ¿De cuánto tiempo dispone? | | | |
| ¿En qué le gustaría ser voluntario? Marque con una X | Administrativo <input type="checkbox"/> | Boletín Informativo <input type="checkbox"/> | Proyectos pro-bono <input type="checkbox"/> |
| | | | Otros. Especifique _____ <input type="checkbox"/> |

| Práctica Privada | | | |
|--------------------------------|--|----------|--|
| ¿Realiza práctica privada? | | Idiomas | |
| Dirección | | Teléfono | |
| Áreas de especialidad/ interés | | | |

| INFORMACIÓN ADICIONAL - SOLO PARA MIEMBROS PROFESIONALES | | |
|---|--------------------------------|------------------|
| Adjunte hoja de vida y copias de sus diplomas. | | |
| ¿Está interesado en realizar una charla o taller? | | |
| | | |
| Áreas de especialización en el Arte Terapia | | |
| | | |
| Institución donde realizó las horas de práctica Por favor adjunte certificado | Nombre y Título del supervisor | Horas acumuladas |
| | | |
| | | |
| | | |
| ¿Ha convalidado su título en Colombia? | | |
| ¿Es usted miembro de otras asociaciones de Arte Terapia o afines? Si sí, ¿cuáles? | | |

Firma

Fecha