

CENTRO BENENZON ESPAÑA.

MUSICOTERAPIA, COMUNICACIÓN NO VERBAL Y TERAPIAS NO VERBALES.



DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

CÓDIGO POSTAL:

POBLACIÓN:

PROVINCIA:

NIF:

TELÉFONOS:

-

EMAIL:

FORMACIÓN Y ACTIVIDAD PROFESIONAL

FORMACIÓN EN MUSICOTERAPIA:

OTROS ESTUDIOS:

PROFESIÓN:

INSTITUCIÓN/LUGAR DE TRABAJO:

CERTIFICADOS DE FORMACIÓN EN EL MODELO BENENZON:

DATOS DE LA SOLICITUD

1er NIVEL: FECHAS:

2º NIVEL: FECHAS:

3er NIVEL: FECHAS:

4º NIVEL: FECHAS:

6º NIVEL: FECHAS:

7º NIVEL PERINATAL: FECHAS:

APLICACIONES CLÍNICAS DEL MODELO: FECHAS:

SUPERVISIÓN: FECHA:

Nota.- Para la supervisión indicar uno de los dos siguientes roles: PRESENTADOR:

OBSERVADOR:

Instrucciones para envío de solicitud

- 1.- Descargar la solicitud de la web centrobenenzonmusicoterapia.com - Formación TCNVB - Convocatorias
- 2.- Rellenad la solicitud y guardar.
- 3.- Enviad por correo electrónico a la dirección: cbenenzonformacion@gmail.com

Nota.- Antes de efectuar el pago correspondiente a la actividad solicitada espere a que le comuniquemos que su solicitud de inscripción ha sido aceptada

Teléfono para dudas y aclaraciones: 610 429 278