



# CONDICIONES DE PARTICIPACION EN LA FORMACION OFICIAL SOMATIC EXPERIENCING© SPAIN

---

El abajo firmante suscribe las siguientes condiciones:

1. Participo en la Formación Oficial y Profesional de Somatic Experiencing ® (SE) por propia voluntad, aceptando los términos y condiciones de éste *Acuerdo de exención de responsabilidad e información de las condiciones de participación*.
2. Por la presente autorizo a Fuensanta Muñoz de la Cruz, Organizadora de la Formación Oficial de Somatic Experiencing ® en España, a efectos de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos a proporcionar los siguientes datos: nombre, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico y ocupación profesional a THE FOUNDATION FOR HUMAN ENRICHMENT, D.B.A. SOMATIC EXPERIENCING® TRAUMA INSTITUTE (FHE); FHE hará el tratamiento de dicha información únicamente para uso interno y no la compartirá con terceras partes. (Ver más abajo TRATAMIENTO DE DATOS)
3. Acepto que la información personal de todos los participantes de la formación es estricta y completamente confidencial y me comprometo a no revelar ningún dato de la misma a terceros ajenos a la formación bajo ninguna circunstancia.
4. Autorizo a Fuensanta Muñoz de la Cruz para grabar por video la formación de Somatic Experiencing ® que se efectuará en el lugar de realización de la formación. Entiendo que dichas grabaciones tendrán exclusivamente fines y propósitos educativos como parte de la formación de Somatic Experiencing® y serán tratadas de manera confidencial. Eximo de cualquier responsabilidad a Fuensanta Muñoz de la Cruz en relación con dicho uso puedan hacer terceras partes.
5. Los videos facilitados por la Organización de la formación oficial de SE España pertenecen a la misma y son para uso exclusivo del estudiante. Está prohibida su copia, duplicación, reproducción, distribución total o parcial, así como su uso a toda persona ajena a la formación oficial.

**Asumo el compromiso de guardar absoluta confidencialidad sobre su visionado, sin permitir su copia ni su divulgación a terceras personas.**

6. Los manuales que se entreguen de la formación tampoco podrán ser objeto de copia ni divulgación, siendo de uso exclusivo del estudiante para los fines propios de la formación.
7. Acepto no realizar ninguna grabación de audio, video o audiovisual de la formación, así como no duplicar, reproducir, distribuir o publicar ninguna información confidencial contenida o relacionada con la formación, ni cualquier otro material facilitado por la Organización.
8. Eximo a la Organización y a FHE de cualquier responsabilidad que se derive de cualquier grabación no autorizada (y de su posible uso o explotación) efectuada en el curso de la formación.
9. Entiendo que el material y/o documentos puestos a disposición por la Organización por medios electrónicos o telemáticos accesibles por usuario y contraseña son confidenciales, de uso exclusivo del estudiante y no podrán ser objeto de divulgación.
10. En el caso de participación en ejercicios de demostración práctica, lo hago de manera voluntaria y bajo mi propia responsabilidad. Dicha sesión de demostración puede incluir preguntas sobre mi historia personal de trauma, pudiendo surgir y experimentar síntomas de carácter emocional, psicológicos o físicos. Entiendo que no estoy obligado a participar en la demostración, y que puedo rehusar contestar cualquier pregunta, interrumpir o abandonar la participación en cualquier momento cuando así lo considere. La Organización no tiene responsabilidad sobre mi participación o involucración en cualquier demostración, y entiendo y asumo las contingencias que pueden ocurrir en las demostraciones en las que participe.
11. Entiendo que la confidencialidad implica no revelar ninguna información puesta de manifiesto por cualquier participante en el transcurso de la formación salvo que se dé autorización expresa para su uso. Los instructores y asistentes guardarán confidencialidad sobre dicha información, si bien entiendo que podrá ser objeto de análisis y discusión en las reuniones del equipo docente como consecuencia del estudio que estimen procedente para el desarrollo de la formación.
12. Entiendo que SE® es un marco conceptual básico para la resolución del trauma. No es una terapia corporal o psicoterapéutica autónoma. Tampoco que la obtención del Certificado como "Somatic Experiencing Practitioner" (SEP) habilita para ejercer una práctica como psicoterapeuta o terapeuta corporal.
13. Me comprometo a que, en la eventualidad de que el Instructor de la formación solicite que suspenda o posponga mi participación en la misma, aceptar tal decisión. Recibiré la parte proporcional del coste del training por la parte no realizada del mismo. Por la presente eximo de cualquier responsabilidad a la Organización relacionada por la interrupción de mi participación en la formación.
14. Entiendo que el desarrollo del plan de estudios de la formación incluye treinta y seis (36) días, con un mínimo de seis (6) horas de duración cada uno. **Entiendo que es obligatoria la asistencia a todos y cada uno de los mencionados días. Si, debido a circunstancias personales o de fuerza mayor, no pueda acudir alguno, es mi responsabilidad, en mi condición de estudiante adulto, estudiar y revisar el material de los días a los que no asista, a través de los medios que facilite la Organización, así como recuperar con una Asistente Senior que asigne la organización, de una hora por cada día que no he podido asistir. Acepto que las horas de recuperación adicionales requeridas tendrán el**

**coste correspondiente, y dichas sesiones no están incluidas en el número de sesiones requeridas para la certificación.**

15. Entiendo que para obtener la certificación como Somatic Experiencing Practitioner (SEP), se requiere asistir obligatoriamente a los 36 días que integran la Formación, así como recibir las sesiones mínimas establecidas: 15 horas de sesiones de terapia individual, y las 18 horas de supervisión individual (3 horas de supervisión en grupo equivalen a una hora individual). **Así como respetar los horarios de llegada y salida de clase.**
16. Acepto que, para recibir la certificación como SEP, se requiere que un mínimo de 10 (diez) sesiones individuales deberán ser recibidas con los Asistentes (providers) de la Formación que curso. El resto de las sesiones individuales requeridas podrán ser completadas con cualquier “provider” habilitado formalmente para ello.
17. 6 (seis) créditos de los 18 requeridos (supervisiones) han de hacerse con un Instructor(a) del equipo de Profesores de SE.
18. Reconozco y acepto que el coste de las sesiones personales de Somatic Experiencing y de supervisión no están incluidas en la matrícula de la formación y se consideran un acuerdo privado con el “provider”.
19. Si el Instructor determina que no he alcanzado un nivel de competencia adecuado, la Organización se reserva el derecho de emitir el certificado hasta que las recomendaciones del equipo docente hayan sido satisfechas, incluido (no limitado) a posteriores sesiones y supervisiones. Asumo los costes que se puedan derivar de dicha circunstancia.
20. Reconozco que el certificado como SEP es otorgado previa presentación a la Organización de todos los registros de mis sesiones personales y supervisiones, comprometiéndome a mantener y suministrar en los **dos años siguientes** (una vez completado el nivel Avanzado de la formación) dichos registros para obtener la mencionada certificación.
21. Acepto comenzar a utilizar el título de Somatic Experiencing Practitioner (SEP) en relación a las habilidades y cualificaciones adquiridas, únicamente cuando haya alcanzado todas las certificaciones requeridas y recibido el certificado de SEP avalado por el sello oficial correspondiente.
22. Acuerdo poder comenzar a utilizar SE en mi práctica profesional una vez haya completado el módulo Básico 2 (II/III) de la formación con la condición de haber recibido un mínimo de 5 (cinco) sesiones individuales de SE y 4 (cuatro) créditos de supervisión de Somatic Experiencing. Así como indicar explícitamente a los clientes el nivel de la formación en el que me encuentro. (Nivel Básico, Intermedio o Avanzado).
23. Acepto que puedo comenzar a usar las habilidades de SE adquiridas en la formación en mi consulta una vez completado el módulo Básico I/II de la formación. En este sentido, acepto informar a todo cliente del último nivel de la formación en el que haya participado.
24. Acepto que tanto THE FOUNDATION FOR HUMAN ENRICHMENT, D.B.A. SOMATIC EXPERIENCING® TRAUMA INSTITUTE (FHE) como la Organización no avalan ni recomiendan a ningún participante en la formación; que no aseguran que los servicios o cualificaciones de los participantes de la formación sean apropiadas para las necesidades particulares de los clientes; que no son responsables de ninguna acción o servicio facilitado

por los participantes que asisten a la formación ni de ninguna persona cualificada como Somatic Experiencing Practitioner (SEP).

25. Reconozco que es mi responsabilidad obtener la adecuada cobertura de seguros para la práctica en mi propia consulta.
26. Me comprometo a asumir responsabilidad personal sobre mi bienestar físico y psicológico durante la formación. También a notificar a la Organización de cualquier aspecto relacionado con mi salud, incluida la situación de embarazo que pudiera afectar a mi asistencia a la formación. Asumo la posibilidad de que debido a que cuestiones relacionadas con la salud, y tras deliberación con el Instructor y la Organización, pueda ser invitado a posponer la asistencia a la formación. En caso de continuar, sería bajo mi responsabilidad.
27. Entiendo que no está permitida bajo ninguna circunstancia la presencia de participantes que se encuentren sometidos a la influencia de alcohol o drogas.
28. La Organización, el Instructor y el equipo docente (asistentes y demás integrantes) no asumen ninguna responsabilidad personal o legal respecto de cualquier efecto adverso que pudiera producirse durante la Formación, incluidas (pero no limitadas) las de naturaleza física, psicológica o financiera. Tampoco asumen dicha responsabilidad respecto de cualquier persona dependiente de los participantes.
29. Acepto respetar las reglas establecidas en el lugar de desarrollo de la formación, sin que se derive para la Organización ninguna responsabilidad por ningún daño que pueda sobrevenir por actuaciones mías en relación con dicha localización y su propiedad.
30. Política de cancelaciones y cambios de fechas:
  - En caso de cancelación hasta tres meses antes del comienzo del curso, será reembolsable un 75%.
  - Antes de dos meses será el 60%.
  - Dentro de los dos meses previos al comienzo del curso no será posible el reembolso salvo en causas justificadas de fuerza mayor.

En cualquier caso, la reserva de plaza no es reembolsable.

La Organización se reserva el derecho de cancelación de los cursos, así como al cambio de fechas cuando las circunstancias lo requieran por cuestiones organizativas o de planificación, si bien realizará todas las actuaciones necesarias para cumplir los plazos previstos que se hayan hecho públicos previamente.

31. Asumo que si alguna de las condiciones del presente documento es en su totalidad o en parte inválida o inaplicable, o pierde su validez o aplicación, el resto de lo acordado no se verá afectado.
32. El abajo firmante reconoce que como participante de la formación, ha leído y entendido la información contenida y la acepta en sus términos.

## TRATAMIENTO DE DATOS - Clausula informativa

Responsable: Fuensanta Muñoz de la Cruz - NIF: 30480007Q. Dirección postal: Santiago de Compostela, 28 4C 28034 Madrid; Teléfono: 610545321; Correo electrónico: info@somatic.es

Tratamos la información que nos facilita (datos personales, CV, y la incluida en la solicitud de participación) con el fin de utilizarlos exclusivamente para la prestación de servicios relacionados con la organización, gestión y administración de la formación de Somatic Experiencing, proporcionar una mejor y adecuada asistencia formativa por parte del equipo docente, así como realizar la facturación de la misma.

La base legal es la consecución del Acuerdo de formación.

Los datos proporcionados se conservarán en tanto sean necesarios para el buen término de la formación.

Los datos no se cederán a terceros salvo en los casos en que exista una obligación legal.

Usted tiene derecho a por tanto tiene derecho a acceder a los mismos, rectificar los datos inexactos o solicitar su supresión cuando los datos ya nos sean necesarios para los fines que fueron recogidos.

Más información sobre Protección de Datos en: <https://somatic.experiencing.es/politica-de-privacidad/>

---

Firma:

Fecha:

---

Nombre



Formación avalada por SEI (Somatic Experiencing Internacional)