

FICHA DE INSCRIPCIÓN DEL CCT



Por favor, proporciéndonos la siguiente información básica para ayudar a las instructoras a valorar tu estado actual de cara a la participación en el programa y tenerlo en cuenta durante este.

Esta información sólo será leída por las instructoras del curso. Si sientes incomodidad al responder cualquier pregunta, por favor, anótalo en el formulario y quizá podamos mantener una conversación privada antes de que comience el programa.

NOMBRE

DIRECCIÓN

OCUPACIÓN

FECHA DE NACIMIENTO

DNI

Cuéntanos cuáles son tus motivaciones para participar en el CCT

¿Tienes una práctica regular de meditación? Si es así, ¿de qué tipo y cuánto tiempo has estado practicando? No es necesario tener ninguna experiencia de meditación antes de este programa.

¿Tienes alguna enfermedad o limitación física que pueda afectar su participación en el programa? Sí No. Si es así, por favor descríbela.

¿Hay alguna circunstancia vital estresante que pueda hacer que este programa sea difícil para ti en este momento? (por ejemplo, pérdida reciente de un ser querido o trabajo, uso de sustancias o medicación, ayuno)

¿Actualmente estás visitando a un terapeuta o similar? Sí No

De ser así, ¿sabe tu terapeuta que asistirás a este programa? Sí No

¿Actualmente estás tomando medicamentos psicoactivos o algún medicamento que pueda afectar tu estado de salud durante el CCT? Si es así, por favor detállalo





¿Hay algo más que pueda ser útil saber a las instructoras en este momento?

CANCELACIÓN DE MATRÍCULA

Las cancelaciones de matrícula por parte del alumnx deben informarse por escrito, enviando un email a cultivodelacompsiongalicia@gmail.com. No se aceptan cancelaciones informadas por ninguna otra vía.

CONDICIONES DE DEVOLUCIÓN DE LA MATRÍCULA

- No se harán devoluciones del importe de la matrícula una vez concluido el plazo de inscripción.
- Se devolverá la cantidad íntegra de la matrícula si la cancelación se debe a:
 - (1) razones médicas que impidan la ejecución adecuada de la formación, siendo necesario certificación médica,
 - (2) causas médicas extremas de algún familiar de primer grado, siendo necesario certificación médica,
 - (3) obligaciones civiles impuestas por las autoridades después de la fecha de realización de la preinscripción o matriculación,
 - (4) muerte inesperada de un familiar de primer grado.

He leído y acepto las condiciones de la cancelación y devolución del programa marque

Marcar con una X

Entiendo que este programa no es terapia, que mi participación en él es completamente voluntaria y que soy libre de retirarme en cualquier momento sin penalización ni perjuicio, a excepción de la tarifa no reembolsable del curso. En este momento, planeo participar en todo el curso y practicar mindfulness y compasión al menos 30 min. al día (formal o informalmente). También entiendo que soy responsable de mi seguridad y bienestar personal y practicaré el cuidado personal durante todo el programa.

FIRMA _____

FECHA _____