



Formulario de Inscripción al Programa de Certificación en TCTSY

Por favor enviar a: Deedee Wadsworth: dwadsworth@jri.org

Nombre: _____

Género (opcional): Masculino___ Femenino___ No-Binario___ Otro___

Título de preferencia (opcional):

Me inscribo al programa de certificación en TCTSY como (por favor marque uno):

Profesor/a de yoga

Profesional en salud mental

Los dos

Si es profesional en salud mental, por favor especifique su área de especialidad (i.e. trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta, etc.):

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

1. Por favor indique las formaciones cursadas previamente con el Programa de Yoga del Trauma Center (lugar, mes y año). **Nota: es pre-requisito haber tomado alguna formación en TCTSY.*

--- Si Ud. es profesional en salud mental por favor pase al punto #6 ---

2. SI UD. ES PROFESOR/A DE YOGA, describa brevemente la formación de profesores/as de yoga que cursó (incluyendo el estilo, el número de horas, aspectos que fueron más útiles para Ud., y aspectos más problemáticos).

3. SI UD. ES PROFESOR/A DE YOGA, describa brevemente cualquier formación adicional que haya tomado relacionada con el yoga y/o el trauma.

4. SI UD. ES PROFESOR/A DE YOGA, describa brevemente su experiencia como profesor/a de yoga (incluyendo su experiencia actual –si la tiene-, el número de horas aproximado de experiencia como profesor/a, el tipo de lugares en los que ha enseñado –estudios, colegios, cárceles, etc.-, estilos, si ha enseñado clases grupales, y/o individuales).

5. SI UD. ES PROFESOR/A DE YOGA, describa brevemente su práctica de yoga personal.

6. SI UD. ES PROFESIONAL EN SALUD MENTAL, describa brevemente su formación, incluyendo las áreas o elementos específicos relacionados con el trauma.

6. SI UD. ES PROFESOR/A DE YOGA O PROFESIONAL EN SALUD MENTAL, por favor cuéntenos por qué le gustaría ser un/a profesor/a de yoga certificado en Trauma Center Trauma-Sensitive Yoga (TCTSY).

7. (Opcional) Si desea agregar algo más sobre Ud. que considere útil para nosotros, por favor hágalo aquí:

AVISO LEGAL: Entiendo que una vez cursado el programa de certificación en TCTSY a satisfacción, estaré acreditado para facilitar TCTSY dentro del ámbito de mi práctica como profesor/a de yoga y/o profesional en salud mental, pero **NO** estaré certificado para ser capacitador/a acreditado en el modelo (por favor marque uno): **SI NO**

Por favor adjunte su Currículum Vitae -CV-