**PODANIE DLA OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH**

**DO PROCEDURY CERTYFIKACYJNEJ PTPA**

1. **Dane osobowe:**

1.1. Imię̨ i nazwisko:

1.2. Adres:

1.3. Telefon:

1.4. e-mail:

1.5. strona www:

1.6. Data i miejsce urodzenia:

1. **Wykształcenie akademickie:**

Prosimy o podanie szczegółowych informacji na temat swojego wykształcenia bazowego oraz uzyskanych dyplomów, podając daty, miejsce kształcenia oraz czas trwania w godzinach.

UWAGA – do podania można też dołączyć osoby dokument z opisem wykształcenia.

1. **Własne doświadczenie psychoterapeutyczne:**

Prosimy o podanie następujących informacji dotyczących odbytych cykli analizy szkoleniowej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko analityka szkoleniowego | Ilość odbytych godzin | Okres (daty) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Szkolenie w psychoterapii w zakresie wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych:**

Prosimy o podanie następujących informacji dotyczących ukończonych szkoleń́:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa instytucji szkoleniowej | Ilość godzin | Nazwisko nauczyciela(i) – w przypadki osób spoza SAJ, proszę wpisać posiadane uprawnienia osoby prowadzącej | Data |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Superwizja indywidualna:**

Prosimy o podanie następujących informacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko superwizora szkoleniowego | Ilość odbytych godzin | Okres (daty) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Superwizja grupowa:**

Prosimy o podanie następujących informacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko superwizora szkoleniowego | Ilość odbytych godzin | Okres (daty) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Praktyka psychoterapeutyczna:**

Prosimy o podanie następujących informacji

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres pracodawcy lub prywatnej praktyki | Liczba godzin praktyki psychoterapeutycznej podczas trwania kursu | Liczba godzin praktyki rocznie po ukończeniu kursu | Pacjenci (kategorie diagnostyczne; rodzaje zgłaszanych problemów/ dolegliwości/ objawów) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Staż̇ w placówce ochrony zdrowia:**

Prosimy o podanie następujących informacji

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres placówki stażowej | Daty | Liczba godzin stażu | Imię i nazwisko kierownika stażu i posiadane uprawnienia | Pacjenci (kategorie diagnostyczne; rodzaje zgłaszanych problemów/ dolegliwości/ objawów) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Podsumowanie**
2. Łączna liczba godzin własnego doświadczenia psychoterapeutycznego: .......................
3. Łączna liczba godzin szkolenia w zakresie wiedzy teoretycznej   
   i umiejętności praktycznych .......................
4. Łączna liczba godzin superwizji indywidualnej: .......................
5. Łączna liczba godzin superwizji grupowej: .......................
6. Łączna liczba godzin praktyki psychoterapeutycznej: ....................
7. Łączna liczba godzin stażu w placówce ochrony zdrowia ...............

*Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*