KARTA ZGŁOSZENIOWA 2019

na superwizję kliniczną do celów szkoleniowych finansowaną przez PARPA w 2019 roku.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO:** |  | | | | |
| **NUMER STATUSU NADANEGO PRZEZ PARPA:** |  | | | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY:** | | **E-MAIL:** | | | |
| Liczba aktualnie prowadzonych pacjentów:   * uzależnionych w indywidualnej terapii : ……………………. * współuzależnionych w indywidualnej terapii : ………………….. | | | Liczba sesji psychoterapii grupowej prowadzonych w tygodniu:  ………………….. | | |
| **ROK UKOŃCZENIA I ETAPU SZKOLENIA** (Szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia) | | | | | ………………….…….. |
| **IMIONA I NAZWISKA WYBRANYCH SUPERWIZORÓW WRAZ Z MIEJSCOWOŚCIĄ ODBYWANIA SUPERWIZJI** | | | | | |
| 1. | | | | w | |
| 2. | | | | w | |
| 3. | | | | w | |

***Wymagane załączniki:***

***W PRZYPADKU OSÓB UBIEGAJĄCYCH SIĘ O CERTYFIKAT SPECJALISTY PSYCHOTERAPII UZALEZNIEŃ LUB INSTRUKTORA TERAPII UZALEŻNIEŃ:***

1. *kopia statusu uczestnika Programu szkolenia potwierdzona za zgodność z oryginałem,*
2. *kopia ukończenia I etapu Programu szkolenia* *potwierdzona za zgodność z oryginałem.*

***W PRZYPADKU INSTRUKTORÓW TERAPII UZALEŻNIEŃ CHCĄCYCH ZDAWAĆ EGZAMIN NA SPECJALISTĘ PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ:***

1. *kopia certyfikatu instruktora terapii uzależnień potwierdzona za zgodność z oryginałem*
2. *kopii dyplomu świadczącego o uzyskaniu tytułu zawodowego lekarza lub magistra pielęgniarstwa lub kopii dyplomu magisterskiego po studiach na kierunkach: psychologia, pedagogika, pedagogika specjalna, socjologia, resocjalizacja, nauki o rodzinie, teologia lub filozofia, potwierdzona za zgodność z oryginałem.*

**Oświadczam, że nie brałam/nie brałem wcześniej udziału w superwizji szkoleniowej finansowanej przez PARPA.**

....................................................... data i podpis wnioskodawcy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wypełnia kierownik placówki zatrudniającej wnioskodawcę** | Nazwa placówki leczenia uzależnienia od alkoholu (PIECZĄTKA FIRMOWA!) | Tel. do placówki : |
| E-mail do placówki : |
| Część VIII resortowego kodu identyfikacyjnego (**proszę zakreślić właściwe**):  1740 – 1744 – 1743/ 45/ 47 – 2712 – 2724 – 2740 – 4740 – 4744 – 4742 – 4752/ 54 | |
| **Oświadczam, że:**   1. większość pacjentów placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, w którym zatrudniony jest wnioskodawca, stanowią pacjenci uzależnieni od alkoholu; 2. wnioskodawca jest zatrudniony w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu w wymiarze **co najmniej ½ etatu lub minimum 18 godzin tygodniowo *przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych***; | |
| ......................................................  Nr księgi rejestrowej w RPWDL | .....................................................  data i podpis kierownika placówki |

Administratorem danych osobowych jest Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, mająca siedzibę w Warszawie (02-326) przy ul. Aleje Jerozolimskie 155. Będziemy przetwarzać Państwa dane osobowe w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze oraz wykonywaniem przez administratora zadań realizowanych w interesie publicznym  lub sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Więcej informacji z znajdziesz na stornie [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl/) w zakładce ochrona danych osobowych (RODO)