**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**na superwizję kliniczną do celów szkoleniowych finansowaną przez PARPA**

**w 2018 roku.**

Karta zgłoszeniowa służy kwalifikacji na superwizję kliniczną do celów szkoleniowych, finansowaną przez PARPA w 2018 roku.

Na komplet dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania osoby do grupy superwizyjnej finansowanej przez PARPA w 2018 r. składa się:

W przypadku osób ubiegających się o certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień:

* czytelnie wypełniona karta zgłoszeniowa
* kopia zaświadczenia potwierdzającego status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień/instruktora terapii uzależnień
* kopia ukończenia szkolenia ( I etapu Programu) potwierdzona za zgodność z oryginałem
* aktualne zaświadczenie z miejsca pracy (wystawione nie wcześniej niż w grudniu 2017 r.) potwierdzające zatrudnienie w placówce odwykowej przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych w wymiarze minimum 18 godzin tygodniowo oraz zawierające okres, na jaki została zawarta umowa.

W przypadku osób posiadających certyfikaty instruktora terapii uzależnień, które chcą przystąpić do egzaminu na specjalistę psychoterapii uzależnień:

* czytelnie wypełniona karta zgłoszeniowa,
* kopia certyfikatu instruktora terapii uzależnień,
* kopia 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**,** poświadczona za zgodność z oryginałem,
* aktualne zaświadczenie z miejsca pracy (wystawione nie wcześniej niż w grudniu 2017 r.) potwierdzające zatrudnienie w placówce odwykowej przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych w zakresie minimum 18 godzin tygodniowo oraz zawierające okres, na jaki została zawarta umowa.

Wypełnioną kartę zgłoszeniową wraz z niezbędnymi załącznikami należy przesłać lub dostarczyć osobiście do Agencji, w terminie **2 - 15 stycznia 2018 roku** (**liczy się data wpływu do Agencji w terminie 2 -15.01.2018r.). W przypadku złożenia lub przesłania do Agencji karty zgłoszeniowej przed 2.01.2018r. oraz po 15.01.2018r., kwalifikacja nie będzie możliwa.**

Karta zgłoszeniowa znajduje się pod poniższą tabelą.

Osoby ubiegające się o sfinansowanie superwizji klinicznej do celów szkoleniowych mogą wybierać swojego superwizora jedynie spośród osób wymienionych w poniższym zestawieniu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Miejsce/miejsca prowadzenia superwizji** |
| 1 | Katarzyna Augustyn | Kraków |
| 2 | Barbara Błaż-Kapusta | Rzeszów |
| 3 | Iwona Bodziony | Nowy Sącz *lub* Nysa |
| 4 | Teresa Brandys-Tylipska | Opole |
| 5 | Marcin Charczyński | Gdańsk |
| 6 | Agnieszka Duda | Kraków |
| 7 | Dorota Dyluś - Beśka | Warszawa |
| 8 | Halina Ginowicz | Łuków |
| 9 | Tomasz Głowik | Warszawa |
| 10 | Sławomir Grab | Stalowa Wola |
| 11 | Rajmund Janowski | Kraków |
| 12 | Ireneusz Kaczmarczyk | Warszawa |
| 13 | Leszek Kapler | Warszawa *lub* Rumia, |
| 14 | Jacek Kasprzak | Boguszów Górce *lub* w miejscu zaproponowanym przez superwizantów |
| 15 | Adam Kłodecki | Warszawa |
| 16 | Agnieszka Kolano | Zabrze |
| 17 | Paweł Kołakowski | Łomża  *lub* Pszczyna |
| 18 | Iwona Kołodziejczyk | Warszawa |
| 19 | Agnieszka Litwa - Janowska | Kraków |
| 20 | Barbara Łukasik | Rzeszów |
| 21 | Bożena Maciek-Haściło | Śrem |
| 22 | Dariusz Malicki | Warszawa *lub*  Lublin |
| 23 | Marcin Marsollek | Opole |
| 24 | Serafin Olczak | Kraków |
| 25 | Anna Przenzak | Kielce |
| 26 | Elżbieta Rachowska | Toruń |
| 27 | Bogdan Ratajczak | Poznań |
| 28 | Dorota Reguła | Działdowo *lub*  Warszawa |
| 29 | Jolanta Ryniak | Kraków |
| 30 | Leszek Sagadyn | Suwałki |
| 31 | Jacek Skrobot | Warszawa lub Tarnów |
| 32 | Bożena Smereka-Oniszczenko | Wrocław |
| 33 | Joanna Sobczyńska | Łódź |
| 34 | Małgorzata Stachura | Kraków |
| 35 | Marzena Joanna Wawerska-Kus | Warszawa |
| 36 | Jacek Wysowski | Kraków |

KARTA ZGŁOSZENIOWA 2018

dotycząca udziału w superwizji klinicznej w ramach Programu szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **NUMER ZAŚWIADCZENIA potwierdzającego STATUS osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień/instruktora terapii uzależnień** |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |
| **E-MAIL** |  |
| **AKTUALNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (stempel placówki leczenia uzależnień)****Ósma część kodu resortowego placówki: ……………………………………………………………….** |
| **Liczba aktualnie prowadzonych pacjentów uzależnionych w indywidualnej terapii : …………………….** |
| **Liczba aktualnie prowadzonych pacjentów współuzależnionych w indywidualnej terapii : ……………** |
| **Liczba sesji psychoterapii grupowej prowadzonych w tygodniu: ……………….** |
| **STANOWISKO PRACY** |  |
| **WYMIAR ZATRUDNIENIA W GODZINACH (TYGODNIOWO)** |  |
| **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 MIEJSCEM 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 zaświadczenia potwierdzającego STATUS osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień/instruktora terapii uzależnień
2. kopia ukończenia I etapu szkolenia potwierdzona za zgodność z oryginałem
3. aktualne zaświadczenie z miejsca pracy (wystawione nie wcześniej niż w grudniu 2017r.) potwierdzające zatrudnienie w placówce odwykowej przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych w zakresie minimum 18 godzin tygodniowo oraz zawierające okres, na jaki została zawarta umowa

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

1. kopia certyfikatu instruktora terapii uzależnień potwierdzona za zgodność z oryginałem
2. kopia 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, poświadczona za zgodność z oryginałem,
3. aktualne zaświadczenie z miejsca pracy (wystawione nie wcześniej niż w grudniu 2017 r.) potwierdzające zatrudnienie w placówce odwykowej przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych w zakresie minimum 18 godzin tygodniowo oraz zawierające okres, na jaki została zawarta umowa

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej dla potrzeb niezbędnych do prowadzenia programu szkoleniowego (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz.883)

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