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)