**Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej**

**Wniosek o odnowienie ważności**

**Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego**

*Wypełnia CTPB*

Wniosek otrzymano (data):

Opłata dokonana (wysokość opłaty, kiedy dokonana):

*Wypełnia wnioskodawca*

**Dane osoby ubiegającej się o odnowienie ważności Certyfikatu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| Adres do korespondencji |  |
| E-mail |  |
| Numer telefonu |  |
| Dane do wystawienia rachunku |  |
| Data i miejsce uzyskania dyplomu (uczelnia, wydział) |  |
| Data wydania i numer Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego (przez kogo, w jakim roku, na jaki okres) |  |
| Certyfikaty lub członkostwo w innych związanych z zawodem organizacjach (nazwa organizacji, numer, data wydania certyfikatu) |  |

**Składam wniosek o odnowienie ważności mojego certyfikatu psychoterapeuty poznawczo-behawioralnego oraz oświadczam, że zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach dane i informacje są prawdziwe.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis |

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej z siedzibą w Warszawie (dalej **„Organizator”**) będzie przetwarzać Pani / Pana dane osobowe znajdujące się w niniejszym formularzu wniosku o odnowienie ważności certyfikatu (dalej  **„Formularz”**) i w załącznikach do tego wniosku oraz przekazane Organizatorowi przez Panią / Pana w inny sposób. Poniższe informacje są przekazywane Pani / Panu zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27  kwietnia 2016 r. *w sprawie ochrony osób fizycznych w  związku z przetwarzaniem danych osobowych i  w  sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)* (Dz. U. UE. L. z 2016 r., Nr 119, str. 1), dalej **„RODO”**.

1. **Administrator danych.**

Administratorem Pani / Pana danych osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach ich przetwarzania, jest Pani Magdalena Gulcz prowadząca działalność gospodarczą pod firmą „Magdalena Gulcz Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej” pod adresem ul. Wilcza 28 lok. 21 (00-544 Warszawa), na podstawie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, pod numerem NIP: 526-215-21-04 oraz numerem REGON: 012945694, działającą osobiście, zwaną w treści Umowy Organizatorem.

1. **Dane kontaktowe Organizatora.**

Z Organizatorem można się kontaktować w następujący sposób:

1. listem przesłanym na adres: **ul. Wilcza 28 lok. 21 (00-544 Warszawa)**
2. za pośrednictwem poczty e-mail: **szkola@ctpb.pl**
3. telefonicznie: **608 058 549**
4. **Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania.**

Pani / Pana dane osobowe mogą być przetwarzane:

1. na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych, na potrzeby odnowienia ważności certyfikatu oraz w celu dostarczania *newslettera* na podany w Formularzu adres e-mail (**podstawa prawna:** Artykuł 6 ust. 1 lit. a) RODO),
2. w celu spełnienia obowiązków nałożonych na Spółkę z mocy obowiązujących przepisów prawa, w tym w celach podatkowych i rachunkowych określonych w tych przepisach (**podstawa prawna:** Artykuł 6 ust. 1 lit. c) RODO),
3. w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Spółki, takich jak marketing bezpośredni, obrona i dochodzenie roszczeń, cele wewnętrzne związane ze świadczonymi usługami i prowadzeniem działalności gospodarczej, cele archiwalne i dowodowe (**podstawa prawna:** 6 ust. 1 lit. f) RODO).
4. **Odbiorcy danych osobowych.**

Pani / Pana dane osobowe mogą być przekazywane przez Spółkę:

1. upoważnionym pracownikom i współpracownikom Organizatora, którzy będą mieć dostęp do tych danych osobowych w związku z wykonywaniem powierzonych im obowiązków (np. członkom komisji certyfikacyjnej),
2. podmiotom przetwarzającym, którym Organizator zleci czynności wymagające przetwarzania danych osobowych (np. podmioty świadczące usługi doradcze, prawne, podatkowe, rachunkowe, informatyczne, obsługi płatności),
3. podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską,
4. dostawcom usług informatycznych,
5. podmiotom, które mogą żądać przekazania tych danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
6. **Okres przechowywania danych osobowych.**

Dane osobowe przetwarzane:

1. na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych – będą przechowywane przez Organizatora do momentu zrealizowania celu w jakim zgoda ta została udzielona lub jej cofnięcia, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej,
2. w celu spełnienia obowiązków nałożonych na Spółkę z mocy obowiązujących przepisów prawa – będą przechowywane przez Organizatora do momentu wypełnienia tych obowiązków, a także przez czas, w którym przepisy nakazują Organizatorowi przechowywać te dane,
3. w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Organizatora – będą przechowywane przez Organizatora do momentu istnienia tych interesów lub wniesienia przez Panią / Pana sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, o ile nie wystąpią uzasadnione prawnie podstawy dalszego przetwarzania danych osobowych.
4. **Przysługujące prawa.**

Przysługuje Pani / Panu:

1. prawo dostępu do danych osobowych,
2. prawo sprostowania danych osobowych,
3. prawo usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”),
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
6. prawo do przenoszenia danych osobowych do innego administratora danych (w zakresie określonym w Artykule 20 RODO).

Aby skorzystać z powyższych praw należy skontaktować się z Organizatorem (dane kontaktowe Organizatora podano w punkcie 2 powyżej).

1. **Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.**

Jeżeli wykorzystanie Pani / Pana danych osobowych nie stanowi prawnie uzasadnionego interesu Organizatora lub realizacji obowiązku wynikającego z obowiązujących przepisów prawa, Organizator może poprosić o wyrażenie zgody na przetwarzanie Pani / Pana danych osobowych w określonych celach.

**Udzieloną zgodę na przetwarzanie danych osobowych może Pani / Pan w dowolnym momencie wycofać, przy czym wycofanie tej zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem lub w okolicznościach, w których Organizator przetwarza dane osobowe w oparciu o inną podstawę prawną niż Pani / Pana zgoda.**

Aby skorzystać z powyższego prawa należy skontaktować się z Organizatorem (dane kontaktowe Organizatora podano w punkcie 2 powyżej).

1. **Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.**

W związku z przetwarzaniem przez Organizatora Pani / Pana danych osobowych, przysługuje Pani / Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. **Informacja dotycząca podania danych osobowych.**

Podanie Pani / Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do odnowienia ważności certyfikatu i wykonania innych wnioskowanych przez Panią / Pana czynności, a konsekwencją odmowy podania Pani / Pana danych osobowych będzie brak możliwości odnowienia ważności certyfikatu i dokonania wnioskowanych czynności.

**Oświadczenia o wyrażeniu zgody**

**\*** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej z siedzibą w Warszawie (ul. Wilcza 28 lok. 21, 00-544 Warszawa) znajdujących się w złożonym przeze mnie wniosku o odnowienie ważności certyfikatu i w załącznikach do tego wniosku oraz przekazanych przeze mnie w inny sposób, w celach związanych z odnowieniem ważności certyfikatu. Przed wyrażeniem niniejszej zgody zapoznałam/zapoznałem się z informacjami podanymi powyżej przez Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej dotyczącymi kwestii wynikających z art. 13 RODO. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do odnowienia ważności certyfikatu. Jestem świadoma/świadomy, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie brakiem możliwości odnowienia ważności certyfikatu.

**\* Należy zaznaczyć, jeżeli wyraża Pani / Pan zgodę.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis |

\* \* \*

**\*** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej z siedzibą w Warszawie (ul. Wilcza 28 lok. 21, 00-544 Warszawa), w celu dostarczania mi newslettera Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej na adres e-mail podany przeze mnie we wniosku o odnowienie ważności certyfikatu. Przed wyrażeniem niniejszej zgody zapoznałam/zapoznałem się z informacjami podanymi powyżej przez Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej dotyczącymi kwestii wynikających z art. 13 RODO. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do przesyłania newslettera Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej. Jestem świadoma/świadomy, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy subskrybentów newslettera.

**\*** Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych wysyłanych przez Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej z siedzibą w Warszawie (ul. Wilcza 28 lok. 21, 00-544 Warszawa) na adres e-mail podany przeze mnie w formularzu wniosku o odnowienie ważności certyfikatu. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do przesyłania newslettera Centrum Terapii Poznawczo Behawioralnej. Jestem świadoma/świadomy, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojego adresu e-mail z listy subskrybentów newslettera.

**\* Należy zaznaczyć, jeżeli wyraża Pani / Pan zgodę.**

**\* Do otrzymywania newslettera niezbędne jest łączne udzielenie zgody na przetwarzanie w tym celu danych osobowych i otrzymywanie informacji handlowej.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis |

Załącznik nr 1

do wniosku o odnowienie ważności Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego

*Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o odnowienie ważności Certyfikatu:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Systematyczna praca kliniczna przez okres 5 lat od momentu nadania Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego**

Pierwszy rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Okres pracy (od miesiąc /rok - do miesiąc / rok) |  |
| Stanowisko i pełnione funkcje |  |
| Miejsce pracy, pracuje w wymiarze (godziny, dni tygodnia) |  |
| Nazwisko przełożonego (np. kierownika klinicznego) |  |
| Grupa pacjentów i rodzaj problemów klinicznych |  |
| Liczba godzin prowadzonej psychoterapii w nurcie TPB w tygodniu |  |
| Liczba godzin superwizji |  |

Drugi rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Okres pracy (od miesiąc /rok - do miesiąc / rok) |  |
| Stanowisko i pełnione funkcje |  |
| Miejsce pracy, pracuje w wymiarze (godziny, dni tygodnia) |  |
| Nazwisko przełożonego (np. kierownika klinicznego) |  |
| Grupa pacjentów i rodzaj problemów klinicznych |  |
| Liczba godzin prowadzonej psychoterapii w nurcie TPB w tygodniu |  |
| Liczba godzin superwizji |  |

trzeci rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Okres pracy (od miesiąc /rok - do miesiąc / rok) |  |
| Stanowisko i pełnione funkcje |  |
| Miejsce pracy, pracuje w wymiarze (godziny, dni tygodnia) |  |
| Nazwisko przełożonego (np. kierownika klinicznego) |  |
| Grupa pacjentów i rodzaj problemów klinicznych |  |
| Liczba godzin prowadzonej psychoterapii w nurcie TPB w tygodniu |  |
| Liczba godzin superwizji |  |

czwarty rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Okres pracy (od miesiąc /rok - do miesiąc / rok) |  |
| Stanowisko i pełnione funkcje |  |
| Miejsce pracy, pracuje w wymiarze (godziny, dni tygodnia) |  |
| Nazwisko przełożonego (np. kierownika klinicznego) |  |
| Grupa pacjentów i rodzaj problemów klinicznych |  |
| Liczba godzin prowadzonej psychoterapii w nurcie TPB w tygodniu |  |
| Liczba godzin superwizji |  |

piąty rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Okres pracy (od miesiąc /rok - do miesiąc / rok) |  |
| Stanowisko i pełnione funkcje |  |
| Miejsce pracy, pracuje w wymiarze (godziny, dni tygodnia) |  |
| Nazwisko przełożonego (np. kierownika klinicznego) |  |
| Grupa pacjentów i rodzaj problemów klinicznych |  |
| Liczba godzin prowadzonej psychoterapii w nurcie TPB w tygodniu |  |
| Liczba godzin superwizji |  |

Załącznik nr 2

do wniosku o odnowienie ważności Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego

*Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o odnowienie ważności Certyfikatu:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ustawiczny rozwój zawodowy – uczestnictwo w konferencjach, seminariach, warsztatach, badaniach klinicznych, prowadzenie działalności dydaktycznej itp. przez okres 5 lat od momentu nadania Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego**

Pierwszy rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  |
| Temat warsztatu, konferencji, wykładu. |  |
| Prowadzony przez (imię, nazwisko). |  |
| Instytucja organizująca. |  |
| Liczba godzin teorii. |  |
| Liczna godzin umiejętności praktycznych. |  |
| Dołączyć kserokopię zaświadczenia uczestnictwa (certyfikat). |  |
| Uczestnictwo w badaniach, prowadzenie badań w TPB. |  |
| Prowadzenie działalności dydaktycznej. |  |

Drugi rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  |
| Temat warsztatu, konferencji, wykładu. |  |
| Prowadzony przez (imię, nazwisko) |  |
| Instytucja organizująca |  |
| Liczba godzin teorii |  |
| Liczna godzin umiejętności praktycznych |  |
| Dołączyć kserokopię zaświadczenia uczestnictwa (certyfikat) |  |
| Uczestnictwo w badaniach, prowadzenie badań w TPB |  |
| Prowadzenie działalności dydaktycznej |  |

Trzeci rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  |
| Temat warsztatu, konferencji, wykładu. |  |
| Prowadzony przez (imię, nazwisko) |  |
| Instytucja organizująca |  |
| Liczba godzin teorii |  |
| Liczna godzin umiejętności praktycznych |  |
| Dołączyć kserokopię zaświadczenia uczestnictwa (certyfikat) |  |
| Uczestnictwo w badaniach, prowadzenie badań w TPB |  |
| Prowadzenie działalności dydaktycznej |  |

czwarty rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  |
| Temat warsztatu, konferencji, wykładu. |  |
| Prowadzony przez (imię, nazwisko) |  |
| Instytucja organizująca |  |
| Liczba godzin teorii |  |
| Liczna godzin umiejętności praktycznych |  |
| Dołączyć kserokopię zaświadczenia uczestnictwa (certyfikat) |  |
| Uczestnictwo w badaniach, prowadzenie badań w TPB |  |
| Prowadzenie działalności dydaktycznej |  |

piąty rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Data |  |
| Temat warsztatu, konferencji, wykładu. |  |
| Prowadzony przez (imię, nazwisko) |  |
| Instytucja organizująca |  |
| Liczba godzin teorii |  |
| Liczna godzin umiejętności praktycznych |  |
| Dołączyć kserokopię zaświadczenia uczestnictwa (certyfikat) |  |
| Uczestnictwo w badaniach, prowadzenie badań w TPB |  |
| Prowadzenie działalności dydaktycznej |  |

Załącznik nr 3

do wniosku o odnowienie ważności Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego

*Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o odnowienie ważności Certyfikatu:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Poddawanie pracy klinicznej superwizji**

**Część A**

**Rekomendacja superwizora terapii poznawczo-behawioralnej**

***(wypełnia superwizor rekomendujący terapeutę)***

Opinia superwizora dotycząca postawy zawodowej, umiejętności i wiedzy terapeuty ubiegającego się o odnowienie Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego, jest jednym z kluczowych elementów decydującym o odnowienie certyfikatu. Otrzymana opinia powinna być omówiona z superwizorem.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię nazwisko superwizora: |  |
| Certyfikat Superwizora Poznawczo-Behawioralnego (wydany data, przez kogo, na okres) |  |
| Liczba lat pracy klinicznej w nurcie terapii poznawczo-behawioralnej od momentu pozyskania pierwszego certyfikatu (więcej niż 7 lat) |  |
| Kontakt email |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres do korespondencji |  |
| Miejsce pracy |  |

**Informacje o przebiegu superwizji**

|  |  |
| --- | --- |
| Superwizja prowadzona od (miesiąc/rok) do (miesiąc /rok) |  |
| Liczba odbytych superwizji |  |
| Liczba prowadzonych przypadków pod superwizją |  |
| Czas trwania superwizji |  |
| Forma superwizji (indywidualna, grupowa – ilość osób w grupie) |  |
| Pisemna rekomendacja obejmująca informacje o relacji terapeutycznej, przestrzegania Zbioru Zasad Etyki Psychoterapeuty CTPB, umiejętności i wiedzy w terapii poznawczo-behawioralnej, inne informacje. |  |

**Część b**

**Dzienniczek prowadzonych superwizji**

***(wypełnia terapeuta ubiegający się o przedłużenie ważności Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego)***

Pierwszy rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok |  |
| Superwizja indywidulana / grupowa |  |
| Liczba osób w grupie |  |
| Czas trwania |  |
| Prezentowany problem |  |
| Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.) |  |
| Całkowita liczba godzin superwizji |  |
| Podpis superwizora |  |

Drugi rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc Rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok |  |
| Superwizja indywidualna / grupowa |  |
| Liczba osób w grupie |  |
| Czas trwania |  |
| Prezentowany problem |  |
| Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.) |  |
| Całkowita liczba godzin superwizji |  |
| Podpis superwizora |  |

trzeci rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok |  |
| Superwizja indywidualna / grupowa |  |
| Liczba osób w grupie |  |
| Czas trwania |  |
| Prezentowany problem |  |
| Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.) |  |
| Całkowita liczba godzin superwizji |  |
| Podpis superwizora |  |

czwarty rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok |  |
| Superwizja indywidualna / grupowa |  |
| Liczba osób w grupie |  |
| Czas trwania |  |
| Prezentowany problem |  |
| Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.) |  |
| Całkowita liczba godzin superwizji |  |
| Podpis superwizora |  |

piąty rok (od \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_)

miesiąc rok miesiąc rok

|  |  |
| --- | --- |
| Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok |  |
| Superwizja indywidualna / grupowa |  |
| Liczba osób w grupie |  |
| Czas trwania |  |
| Prezentowany problem |  |
| Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.) |  |
| Całkowita liczba godzin superwizji |  |
| Podpis superwizora |  |

Załącznik nr 4

do wniosku o odnowienie ważności Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego

*Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o odnowienie ważności Certyfikatu:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczenie**

**o zapoznaniu się i zobowiązaniu do przestrzegania Zbioru Zasad Etyki CTPB**

Niniejszym oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się ze Zbiorem Zasad Etyki Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego CTPB i zobowiązuję się do ich przestrzegania w swojej działalności zawodowej.

Oświadczam, że nie istnieją żadne przeszkody natury prawnej lub etycznej uniemożliwiające mi wykonywanie zawodu zgodnie z wyznaczonymi standardami.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis |