

Centrum Terapii Poznawczo-Behawioralnej

**WNIOSEK O ODNOWIENIE WAŻNOŚCI
CERTYFIKATU SUPERWIZORA POZNAWCZO-BEHAWIORALNEGO**

Wypełnia CTPB

Wniosek otrzymano (data):

Opłata dokonana (wysokość opłaty, kiedy dokonana):

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 Superwizora 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 superwizora 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 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (dalej „Spółka”) 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 Spółce 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 Centrum Terapii Poznawczo – Behawioralnej Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Warszawie, ul. Wilcza 28 lok. 20 (00-544 Warszawa), wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy w Warszawie Wydział XII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000429310.

2. Dane kontaktowe Spółki.

Ze Spółką można się kontaktować w następujący sposób:

- (a) listem przesłanym na adres: **ul. Wilcza 28 lok. 21 (00-544 Warszawa)**
- (b) za pośrednictwem poczty e-mail: **szkola@ctpb.pl**
- (c) telefonicznie: **608-058-549**

3. Cele przetwarzania danych osobowych i podstawa prawna przetwarzania.

Pani / Pana dane osobowe mogą być przetwarzane:

- (a) 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),
- (b) 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),
- (c) w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Spółki, takich jak marketing bezpośredni, obrona i dochodzenie roszczeń, cele wewnętrzne związane ze świadczeniem 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:

- (a) upoważnionym pracownikom i współpracownikom Spółki, którzy będą mieć dostęp do tych danych osobowych w związku z wykonywaniem powierzonych im obowiązków (np. członkom komisji certyfikacyjnej),
- (b) podmiotom przetwarzającym, którym Spółka zleci czynności wymagające przetwarzania danych osobowych (np. podmioty świadczące usługi doradcze, prawne, podatkowe, rachunkowe, informatyczne, obsługi płatności),
- (c) podmiotom prowadzącym działalność pocztową lub kurierską,
- (d) dostawcom usług informatycznych,
- (e) podmiotom, które mogą żądać przekazania tych danych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

5. Okres przechowywania danych osobowych.

Dane osobowe przetwarzane:

- (a) na podstawie udzielonej zgody na przetwarzanie danych osobowych – będą przechowywane przez Spółkę do momentu zrealizowania celu w jakim zgoda ta została udzielona lub jej cofnięcia, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej,
- (b) w celu spełnienia obowiązków nałożonych na Spółkę z mocy obowiązujących przepisów prawa – będą przechowywane przez Spółkę do momentu wypełnienia tych obowiązków, a także przez czas, w którym przepisy nakazują Spółce przechowywać te dane,
- (c) w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Spółki – będą przechowywane przez Spółkę 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.

6. Przysługujące prawa.

Przysługuje Pani / Panu:

- (a) prawo dostępu do danych osobowych,
- (b) prawo sprostowania danych osobowych,
- (c) prawo usunięcia danych osobowych („prawo do bycia zapomnianym”),
- (d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- (e) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,
- (f) prawo do przenoszenia danych osobowych do innego administratora danych (w zakresie określonym w Artykule 20 RODO).

Aby skorzystać z powyższych praw należy skontaktować się ze Spółką (dane kontaktowe Spółki podano w punkcie 2 powyżej).

7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

Jeżeli wykorzystanie Pani / Pana danych osobowych nie stanowi prawnie uzasadnionego interesu Spółki lub realizacji obowiązku wynikającego z obowiązujących przepisów prawa, Spółka 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 Spółka przetwarza dane osobowe w oparciu o inną podstawę prawną niż Pani / Pana zgoda.

Aby skorzystać z powyższego prawa należy skontaktować się ze Spółką (dane kontaktowe Spółki podano w punkcie 2 powyżej).

8. Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

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

9. 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 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (ul. Wilcza 28 lok. 20, 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 Sp. z o.o. 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 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (ul. Wilcza 28 lok. 20, 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 Sp. z o.o. 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 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (ul. Wilcza 28 lok. 20, 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 Sp. z o.o. 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 Superwizora Poznawczo-Behawioralnego

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o odnowienie ważności Certyfikatu: _____

Systematyczna praca kliniczna przez okres 5 lat od momentu nadania Certyfikatu Superwizora 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 _____ / _____)
MIĘSIĄC ROK MIĘSIĄC ROK

Okres pracy (od miesiąc /rok - do miesiąc / rok)	
--	--

Stanowisko i pełnione funkcje	
Miejsce pracy, prace 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 Superwizora 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, prowadzenie działalności dydaktycznej itp. przez okres 5 lat od momentu nadania Certyfikatu Superwizora Poznawczo-Behawioralnego

PIERWSZY ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Data	
Temat warsztatu, konferencji, wykładu.	
Prowadzony przez (imię, nazwisko)	
Instytucja organizująca	
Liczba godzin teorii	
Liczba 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	
Liczba 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	
Liczba 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	
Liczba 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	

Liczba 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 Superwizora 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 terapeute)

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

Imię i 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	
Miejscepracy	

Informacje o przebiegu superwizji

Superwizja prowadzona od (miesiąc/rok) do (miesiąc /rok)	
Liczba odbytych superwizji	
Liczba prowadzonych przypadków pod superwizją	
Czasy 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.	

CZEŚĆ B

DZIENNICZEK PROWADZONYCH SUPERWIZJI

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

PIERWSZY ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc / rok - do miesiąc / rok	
Superwizja indywidualna / grupowa	
Ilość osób w grupie	

Czastrowania	
Prezentowany problem	
Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.)	
Całkowitaliczbagodzinsuperwizji	
Podpissuperwizora	

DRUGI ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilośćosób w grupie	
Czastrowania	
Prezentowany problem	
Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.)	
Całkowitaliczbagodzinsuperwizji	
Podpissuperwizora	

TRZECI ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
------------------------------------	--

Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilośćosób w grupie	
Czastrwania	
Prezentowany problem	
Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.)	
Całkowitaliczbagodzinsuperwizji	
Podpissuperwizora	

CZWARTY ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilośćosób w grupie	
Czastrwania	
Prezentowany problem	
Metoda prezentacji i superwizji (ustna relacja, nagranie audio, video, w oparciu o konceptualizacje, ocena na skali terapii poznawczej, telefoniczna, skype etc.)	
Całkowitaliczbagodzinsuperwizji	
Podpissuperwizora	

PIĄTY ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
Superwizja indywidualna / grupowa	
Ilość osób w grupie	
Czasy 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 Superwizora Poznawczo-Behawioralnego

Imię i nazwisko osoby ubiegającej się o odnowienie ważności Certyfikatu: _____

Powadzenie regularnej superwizji

Powadzenie regularnej superwizji oznacza przeprowadzenie co najmniej jednego odrębnego cyklu superwizyjnego (indywidualnego lub grupowego) w każdym roku ważności Certyfikatu (jeden cykl superwizyjny obejmuje co najmniej 7 spotkań).

PIERWSZY ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilość osób w grupie	
Liczba przeprowadzonych spotkań w cyklu	

DRUGI ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilość osób w grupie	
Liczba przeprowadzonych spotkań w cyklu	

TRZECI ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
------------------------------------	--

Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilość osób w grupie	
Liczba przeprowadzonych spotkań w cyklu	

CZWARTY ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilość osób w grupie	
Liczba przeprowadzonych spotkań w cyklu	

PIĄTY ROK (OD _____ / _____ DO _____ / _____)
MIESIĄC ROK MIESIĄC ROK

Od miesiąc /rok - do miesiąc / rok	
Superwizjaindywidualna / grupowa	
Ilość osób w grupie	
Liczba przeprowadzonych spotkań w cyklu	

do wniosku o odnowienie ważności Certyfikatu Superwizora 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.

Imię i nazwisko

Data

Podpis