|  |
| --- |
| Data wypełnienia: |
| Miejsce odbywania szkolenia\*: Kraków | Lublin |
|  |
| Imię: Nazwisko: |
|  Nazwisko panieńskie: |
| Data urodzenia: PESEL: |
|  |
| Adres korespondencyjny: |
| Ulica: nr: |
| Miasto: kod pocztowy: |
| Adres email: |
| Telefon kontaktowy: |
|  |
| Wykształcenie: Tytuły/stopnie naukowe: |
| Zawód wykonywany: Posiadane specjalizacje: |
|  |
| Stały superwizor (imię i nazwisko)\*\*: |
| Rozpoczęta terapia własna (szkoleniowa)\*: TAK/NIE |
| Regularna praca terapeutyczna z pacjentami\*: TAK/NIE |
|  |
| Zrealizowane staże kliniczne (określić miejsce i czas trwania): |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
|  |
| Zgrupowanie treningowo-dydaktyczne:(podać rok planowanego udziału; obowiązkowo w zgrupowaniu należy uczestniczyć na pierwszym lub drugim roku szkolenia) |
|  |
| Członek Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego: TAK/NIE Rok przystąpienia: |
| Członek Sekcji Naukowej Psychoterapii PTP: TAK/NIE Rok przystąpienia: |
| Członek innych towarzystw naukowych (wymienić nazwy i lata przystąpienia): |
| Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 Dz. U. Nr 133 poz. 883 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w niniejszym formularzu, dla potrzeb Fundacji „Psychomed”. Uzyskane dane osobowe będą wykorzystywane do wykonywania zadań związanych bezpośrednio i pośrednio z realizacją przez Fundację „Psychomed” całościowego szkolenia w psychoterapii. -------------------------------- data i podpisJednocześnie zobowiązuję się do corocznej aktualizacji danych przez cały okres uczestniczenia w całościowym szkoleniu w psychoterapii organizowanym przez fundację „Psychomed” -------------------------------- data i podpis |