

ANKIETA

 Zwracam się z prośbą o przyjęcie na Szkolenie do Certyfikatu Psychoterapeuty Dzieci i Młodzieży ISPHS prowadzone przez Centrum Szkoleń Psychoanalitycznych im. Hanny Segal i przedstawiam poniższe dane osobiste, które będą podstawą postępowania kwalifikacyjnego, prowadzonego przez Centrum Szkoleń Psychoanalitycznych im. Hanny Segal.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w bazie danych Centrum Szkoleń Psychoanalitycznych im. Hanny Segal do celów korespondencyjnych, przeprowadzania szkoleń w ramach Centrum teraz i w przyszłości zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883). Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

|  |
| --- |
| Data i podpis |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Imię i nazwisko |
|  |

|  |
| --- |
| 2. Data i miejsce urodzenia |
|  |

|  |
| --- |
| 3. Adres korespondencyjny |
|  |

|  |
| --- |
| 4. Telefon kontaktowy i adres e-mail |
|  |

|  |
| --- |
| 5. Miejsce(a) pracy, staż pracy, stanowisko, na czym polega praca, dalsze plany zawodowe (ewentualnie proszę podać stronę www związaną z Pani/Pana aktywnością zawodową). |
|  |

|  |
| --- |
| 6. Wykształcenie wyższe |
| * nazwa i adres uczelni
* wydziału i specjalizacji
* uzyskany tytuł i numer dyplomu
* temat pracy
 |

|  |
| --- |
| 7. Wykształcenie podyplomowe (rodzaj, miejsce odbytych studiów, uzyskany tytuł) |
|  |

|  |
| --- |
| 8. Najważniejsze rodzaje psychologicznych czynności zawodowych wykonywanych od początku działalności zawodowej |
| * samodzielne prowadzenie psychoterapii klinicznej (forma zajęć, rodzaj pacjentów i zaburzeń, miejsce, ilość godzin tygodniowo)
* inne z zakresu pomocy psychologicznej
* szkolenia, badania, edukacja
* inne ważne informacje
 |

|  |
| --- |
| 9. Dodatkowe szkolenia związane z problematyką psychoterapii i pomocy psychologicznej |
| * nazwa
* data
* nazwiska prowadzących
* instytucja organizująca szkolenie
* posiadane dyplomy lub certyfikaty, tytuły profesjonalne
	+ w zakresie psychoterapii
	+ inne
 |

|  |
| --- |
| 10. Staże kliniczne w placówkach terapeutycznych |
| * miejsce
* data
* czas
* opiekun
 |

|  |
| --- |
| 11. Osobiste doświadczenia w roli uczestnika psychoterapii i treningu psychologicznego |
| * miejsce
* data
* czas trwania
* osoba prowadząca
* rodzaj zajęć
 |

|  |
| --- |
| 12. Inne doświadczenia z zakresu stażu, superwizji, asystowania w terapii lub treningu |
|  |

|  |
| --- |
| 13. Przynależność do organizacji profesjonalnych |
|  |

|  |
| --- |
| 14. Publikacje (tematy, miejsce, forma publikacji, ew. tytuły) |
|  |

|  |
| --- |
| 15. Inne informacje |
|  |

|  |
| --- |
| 16. Aktualna sytuacja rodzinna |
|  |

|  |
| --- |
| 17. Jakie są powody podejmowania przez Panią/Pana szkolenia w psychoterapii dzieci i młodzieży? Jakie cechy swojego charakteru spostrzega Pani/Pan jako pomocne lub przeszkadzające w pracy klinicznej? Które z doświadczeń zawodowych miało znaczący wpływ na Pani/Pana zainteresowania kliniczne? Czy te zainteresowania zmieniały się, a jeśli tak, to co wpływało na zmiany? |
|  |

|  |
| --- |
| 18. Źródło informacji o szkoleniu (proszę podać: strona www, Facebook, znajomi, rodzina, inne)  |
|  |

|  |
| --- |
| Data i podpis |
|  |

Załączniki:

1. Dyplom
2. Zaświadczenie potwierdzające ukończenie drugiego roku całościowego szkolenia w psychoterapii lub ukończenie całościowego szkolenia w psychoterapii prowadzonego przez Centrum Szkoleń Psychoanalitycznych im. Hanny Segal
3. Opinia opiekuna szkolenia