**Deklaracja Ustawicznego Rozwoju Zawodowego**

**I. Dane formalne:**

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Adres zamieszkania:

4. Nazwa i adres praktyki:

5. Tel./fax:

6. E-mail:

7. Strona www:

8. Data uzyskania Certyfikatu Psychoterapeuty PFP: ……………. Numer certyfikatu:……

9. Data uzyskania Certyfikatu Superwizora PFP: ……………. Numer certyfikatu:……

Ja ***(imię i nazwisko) …………….*** posiadacz Certyfikatu Psychoterapeuty/Superwizora Polskiej Federacji Psychoterapii, oświadczam, że w latach ***……..-…….*** zrealizowałem/zrealizowałam następujące formy Ustawicznego Rozwoju Zawodowego w kategoriach:

1. **Superwizja (\*proszę dołączyć skany zaświadczeń)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Format | Superwizor | Liczba godzin: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Łącznie godzin** [nie mniej niż 50 godz]**: ...................................**

1. **Praktyka (\*proszę dołączyć skany zaświadczeń)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l.p. | Placówka/Gabinet | Liczba godzin: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Łącznie godzin (**co najmniej 250 godzin**): ...................................**

1. **Szkolenia (\*proszę dołączyć skany zaświadczeń)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Tytuł/tematyka | Data: | Organizator | Prowadzący/ stowarzyszenie certyfikujące | Liczba godzin |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Konferencje (\*proszę dołączyć skany zaświadczeń)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Tytuł/tematyka | Data: | Organizator | Prowadzący/ stowarzyszenie certyfikujące | Liczba godzin |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Self-experience (\*proszę dołączyć skany zaświadczeń)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Tytuł/tematyka/format | Data: | Organizator | Prowadzący/ stowarzyszenie certyfikujące | Liczba godzin |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Praca społeczna (\*proszę dołączyć skany zaświadczeń)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Organizacja | Okres czasu | Funkcja | Liczba godzin |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Prowadzenie szkoleń/superwizji (\*proszę dołączyć skany zaświadczeń)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Tytuł/tematyka | Data: | Organizacja | Adresat | Liczba godzin |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Łącznie godzin: ...................................**

1. **Publikacje**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Tytuł/tematyka | Żurnal/ książka | Numer Żurnalu | Tytuł rozdziału | nr DOI lub ISBN |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Lektury**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Tytuł | Żurnal | Autor | Typ publikacji |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Podsumowanie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KATEGORIA** | | **ILOŚĆ GODZIN** |
|  | Szkolenia |  |
| Konferencje |  |
| Self-Experience |  |
| Praca społeczna |  |
| Prowadzenie szkoleń/superwizji |  |
| **SUMA**  *( nie mniej niż 200 godzin)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KATEGORIA** | | **ILOŚĆ GODZIN** |
|  | Superwizja *(nie mniej niż 50 godzin)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KATEGORIA** | | **ILOŚĆ GODZIN** |
|  | Praktyka *(nie mniej niż 250 godzin)* |  |

Dołączam (podać liczbę) ….skanów i potwierdzam prawdziwość wszystkich podanych powyżej informacji.

Miejscowość i data ….… Podpis …………………..

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Polską Federację Psychoterapii moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu reaplikacji PFP w ramach wymogów Ustawicznego Rozwoju Zawodowego UZD (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).*

Miejscowość i data ….… Podpis …………………..