

# Szkolenie z terapii rodzin i par

4-letnie szkolenie: I 2018-XI 2021

Kierownik szkolenia: dr hab., prof. UW Barbara Tryjarska

Organizator szkolenia: Ośrodek Psychoterapii i Psychiatrii PSYCHE PLUS

## Formularz zgłoszeniowy

Uprzejmie prosimy o odesłanie wypełnionego formularza na adres [TerapiaRodzin@psycheplus.pl](mailto:TerapiaRodzin@psycheplus.pl)

<b>Imię i nazwisko:</b>			
<b>Wiek:</b>			
<b>Telefon:</b>			
<b>Adres e-mail:</b>			
<b>Adres zamieszkania:</b>			
<b>Dane do faktury*:</b>  *Faktura zostanie wysłana drogą e-mailową na podany adres.	Nazwa firmy/imię i nazwisko: ..... Adres: ..... NIP (wyłącznie w przypadku działalności gospodarczej).....		
<b>Edukacja:</b>			
Ukończony kierunek studiów (ukończony tytułem magistra)	Specjalizacja w ramach studiów	Nazwa uczelni	Rok ukończenia
<b>Certyfikaty psychoterapeuty:</b>			
Nazwa certyfikatu	Organizacja wydająca certyfikat	Rok wydania certyfikatu	

**Uczestnictwo w pełnym 4-letnim szkoleniu psychoterapeutycznym rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne lub Polskie Towarzystwo Psychiatryczne:**

Rodzaj uczestnictwa <i>(Proszę podkreślić odpowiedź poniżej)</i>	Data szkolenia (lata)	Nazwa szkoły psychoterapii	Tytuł szkolenia i nazwa uczonego nurtu psychoterapii
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Nie uczestniczyłam/em i nie uczestniczę</li> <li>◆ Obecnie jestem w trakcie takiego szkolenia <i>(proszę podać, na którym roku szkolenia jest Pani/Pan obecnie .....)</i></li> <li>◆ Uczestniczyłam/em w takim szkoleniu, ale bez uzyskania certyfikatu <i>(proszę podać, ile lat szkolenia Pani/Pan odbył(a) .....)</i></li> <li>◆ Uczestniczyłam/em w takim szkoleniu i je zakończyłam/em certyfikatem</li> </ul>			

**Inne (niż 4-letnie) istotne szkolenia podyplomowe w psychoterapii:**

*(W przypadku wielu doświadczeń proszę podać te najważniejsze)*

Temat szkolenia	Dominujący nurt psychoterapii	Liczba godzin	Data szkolenia (lata)	Organizator

**Superwizja:***(W przypadku wielu doświadczeń proszę podać te najważniejsze)*

Imię i nazwisko superwizora	Rodzaj superwizji (indywidualna, grupowa)	Orientacyjna liczba godzin

**Doświadczenie zawodowe:***(W przypadku wielu doświadczeń proszę podać te najważniejsze)*

Miejsce pracy	Nazwa stanowiska	Rodzaj wykonywanych zadań	Lata pracy

**Bierna znajomość języka angielskiego:***(Proszę podkreślić odpowiedź)*

- ◆ Brak znajomości
- ◆ Podstawowa
- ◆ Średnio zaawansowana
- ◆ Zaawansowana

**Źródło informacji o szkoleniu:***(Proszę podkreślić odpowiedź)*

- ◆ Informacja uzyskana drogą e-mailową
- ◆ Od kolegi/koleżanki
- ◆ Od przełożonego
- ◆ Ze strony internetowej ośrodka
- ◆ Z konferencji
- ◆ Inne źródła (proszę wpisać jakie):  
.....