|  |  |
| --- | --- |
|  | **INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA** **Polskiego Towarzystwa Psychologicznego** |
| **ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa, 🕿 22 863-87-38, 22 863-90-97, 22 863-42-76, fax 22 863-42-75**[**http://www.ipz.edu.pl**](http://www.ipz.edu.pl/) **, e-mail: poczta@ipz.edu.pl** |

 Miejscowość i data ……………………

**Wniosek o przedłużenie certyfikatu superwizora w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie**

Imię i nazwisko……………………………………………………….ur……………………………..….

Adres zam. …………………………………………………..…………………………..……………….

Tel:……………………………… email:………………………………………………………………..

nr certyfikatu ………………………data ważności………………….………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Aktualne miejsce pracy, stanowisko, funkcja |  |
| 2. | Doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie w okresie ważności ostatniego certyfikatu - opis podstawowych zadań/ działań |  |
| 3.  | Superwizja własna dotycząca prowadzonych superwizji: imię i nazwisko superwizora, liczba godzin odbytej superwizji |  |
| 4.  | Prowadzenie superwizji: dla kogo?(odbiorcy), liczba godzin. *Proszę dołączyć 1 zaświadczenie /rekomendację/ umowę poświadczającą realizację superwizji.* |  |
| 5.  | Realizacja szkoleń, wystąpień na konferencjach, działalność w mediach -  dotycząca tematyki przemocy w rodzinie |  |
| 6. | Publikacje własne – wydawnictwo, rok  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Instytut Psychologii Zdrowia PTP 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz.U. z 2018 poz. 1000). Zapoznałem się oraz rozumiem treść Klauzuli informacyjnej.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

 ……………………………………………………….

 Czytelny podpis