…………….................………

 (miejscowość i data)

**Wniosek o przedłużenie certyfikatu superwizora**

**w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej**

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

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

tel.: ………………… e-mail:…….………………………..

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

Uwagi:

1. Wniosek należy wypełnić w edytorze tekstu; po wydrukowaniu własnoręcznie podpisać
i wraz z załączanymi dokumentami przesłać w podanym w ogłoszeniu terminie w formie skanu – **jeden plik PDF** - na adres **rada@superwizorzy.eu**
2. W punktach 2-7 Wniosku prosimy uwzględniać jedynie informacje za okres ważności aktualnego obowiązującego certyfikatu (czyli odpowiednio za okres 3, 5 lub 7 lat)
3. Do wniosku należy dołączyć:
* oświadczenie o niekaralności
* zaświadczenia o uczestnictwie w superwizjach koleżeńskich organizowanych przez Radę Superwizorów (co najmniej jedno rocznie począwszy od 2023 roku)
* zaświadczenie potwierdzające prowadzenie co najmniej jednej superwizji w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej w każdym roku ważności aktualnego certyfikatu
* rekomendację od co najmniej jednego podmiotu, na rzecz którego bezpośrednio prowadzono superwzję w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej w okresie ważności aktualnego certyfikatu
* potwierdzenie wniesienia opłaty za przedłużenie certyfikatu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Aktualne miejsce pracy, stanowisko, funkcja** |  |
| 2. | **Doświadczenie pracy w obszarze przeciwdziałania przemocy domowej:** opis podstawowych zadań / działań |  |
| 3.  | **Superwizja własna dot. prowadzonych superwizji:** imię i nazwisko superwizora, liczba godzin odbytej superwizji |  |
| 4. | **Udział w superwizjach koleżeńskich organizowanych przez Radę Superwizorów:**data, imię i nazwisko superwizorki/superwizora moderującej/moderującego spotkanie ***(obowiązuje od 2023 r. - min. jedna superwizja/rok)***  |  |
| 5.  | **Prowadzenie superwizji w zakresie przeciwdziałania przemocy domowej**: dla kogo? (odbiorcy), liczba godzin.  |  |
| 6.  | **Realizacja szkoleń, wystąpień na konferencjach, działalność w mediach dotycząca tematyki przemocy domowej** |  |
| 7. | **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 27.04.2016 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). Zapoznałam/em się oraz rozumiem treść Klauzuli informacyjnej.

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam\* zgody umieszczenie następujących informacji dotyczących mojej osoby na stronie internetowej [www.superwizorzy.eu](http://www.superwizorzy.eu): Imię i nazwisko, miejscowość zamieszkania, numer certyfikatu, data ważności certyfikatu.

Świadoma/y 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

 \*) niepotrzebne skreślić