



## **Ankieta zgłoszeniowa**

### **dla kandydatów na Studium Psychoterapii Integratywnej**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Data urodzenia</b>	
<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>e-mail</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Tytuł naukowy, uczelnia, kierunek, data uzyskania</b>	
<b>Wykonywany zawód</b>	
<b>Uprawnienia i tytuły zawodowe</b>	
<b>Miejsce i adres pracy</b>	
<b>Członkostwo w organizacjach profesjonalnych</b>	
<b>Własna psychoterapia (u kogo ile godzin, format, rok)</b>	
<b>Szkolenia w PIPI (nazwa, rok)</b>	
<b>Ważniejsze szkolenia w innych ośrodkach (temat, czas trwania, prowadzący, instytucja, rok)</b>	



\* Dotyczy kandydatów na Studium już prowadzących psychoterapię:

<b>*Superwizja (u kogo, format, częstość, rok)</b>	
<b>* Z jakimi diagnozami?</b>	
<b>* W jakich kontraktach?</b>	
<b>* Rodzaj prowadzonej psychoterapii</b>	
<b>*Orientacja teoretyczna, w której Pani/Pan pracuje</b>	

Podane przez Panią/Pana informacje są poufne i posłużą wyłącznie dla celów kwalifikacji i nie będą udostępniane innym osobom.

### **POZOSTAŁE WYMAGANE DOKUMENTY:**

1. list motywacyjny
2. ksero dyplomu
3. CV

### **Oświadczenie**

1. Deklaruję chęć udziału w 4-letnim Studium Psychoterapii Integratywnej i jeśli zostanę zakwalifikowana/y zobowiązuję się wpłacić zaliczkę w podanym przez organizatorów terminie.
2. Jestem świadoma/y, że udział w rozmowie kwalifikacyjnej jest odpłatny. Warunkiem umożliwiającym uczestnictwo w rozmowie kwalifikacyjnej jest uiszczenie opłaty rekrutacyjnej w wysokości 50 zł. najpóźniej do 30.10.2017 r. Wpłat można dokonywać przelewem na konto Instytutu (Bank Millenium 76 1160 2202 0000 0003 1838 8259 ) z dopiskiem „rekrutacja 2017” oraz podaniem imienia i nazwiska lub bezpośrednio w biurze. W przypadku rezygnacji do 10 dni przed datą rozmowy kwalifikacyjnej, uczestnikom rekrutacji przysługuje zwrot wniesionej opłaty.
3. Nie korzystałam/em z pomocy psychiatrycznej z powodu objawów psychotycznych ani tendencji samobójczych. Nigdy nie miałam/em psychozy.
4. Nie cierpię na żadną ciężką chorobę somatyczną wymagającą stałego nadzoru medycznego lub będącą przeciwwskazaniem do psychoterapii.
5. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

Miejscowość.....data.....podpis.....