

# Europejskie Towarzystwo Psychoterapii

(European Association for Psychotherapy)

## Formularz rejestracyjny dla starających się o przyznanie Europejskiego Certyfikatu Psychoterapii (European Certificate of Psychotherapy)

-----  
miejsce  
na  
zdjęcie  
-----

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Poniższe informacje będą udostępnione zainteresowanym.

- 1) Nazwisko: .....
- 2) Inne nazwiska, pod jakimi był zarejestrowany ewentualny posiadacz Europejskiego Certyfikatu Psychoterapii: .....
- 3) Imię (imiona): .....
- 4) Skrót tytułów do umieszczenia na Certyfikacie (dr, prof., etc.) .....
- 5) Kobieta ..... ,Mężczyzna .....
- 6) Data urodzenia ..... /..... /.....  
dzień miesiąc rok

Podany niżej adres zostanie umieszczony w rejestrze Europejskich Certyfikatów Psychoterapii:

- 7) Adres zawodowy:  
dla klientów Ulica .....
  - Miasto .....
  - Kraj ..... Kod pocztowy .....
  - Numer telefonu .....
  - Numer faksu .....
  - Adres e-mail .....
  - Strona web .....
- 
- 8) Inny adres:  
Ulica .....
  - Miasto .....
  - Kraj ..... Kod pocztowy .....
  - Numer telefonu .....
  - Numer faksu .....
  - Adres e-mail .....
  - Strona web .....
- 
- 9) Który z powyższych adresów będzie służyć do korespondencji?  
..... Adres zawodowy ..... Inny adres

10) Jeśli już uzyskał Pan/Pani Europejski Certyfikat Psychoterapii od akredytowanej organizacji szkoleniowej, proszę podać jej nazwę.

.....

11) Proszę podać nazwę narodowej organizacji przyznającej (NAO) rekomendującej Pana/Panią do uzyskania Europejskiego Certyfikatu Psychoterapii.

.....

12) W jakim kraju Pan/Pani obecnie praktykuje?

.....

13) Proszę podać nazwę organizacji NAO, w której jest Pan/Pani zarejestrowany i do której można składać zażalenia lub rozwiązywać kwestie dyscyplinarne związane z prowadzoną przez Pana/Panią praktyką.

.....

Jeśli jest to inna organizacja przyznająca niż ta podana w punkcie 11, proszę wyjaśnić dlaczego:

.....  
.....  
.....

14). Proszę podać nazwę modalności terapeutycznej (jednej bądź kilku jeśli to Pana/Pani dotyczy) wyszczególnionych przy Pana/Pani nazwisku w rejestrze organizacji przyznającej:

.....  
.....  
.....

15). Proszę podać nazwę organizacji (EWAO), w której jest Pan/Pani aktualnie zarejestrowany i do której można składać zażalenia lub rozwiązywać kwestie dyscyplinarne związane z prowadzoną przez Pana/Panią praktyką.

.....

Jeśli jest to inna EWAO niż ta, podana w punkcie 14, proszę wyjaśnić dlaczego

.....  
.....  
.....

16). Język ojczysty .....

17). Znajomość języków obcych .....

18). Czy Pana/Pani lokal dostosowany jest do potrzeb osób niepełnosprawnych .

Tak .....

Nie .....

19). Warunkiem wstępnym powtórnej rejestracji jest udokumentowane kształcenie ciągłe. W ramach udokumentowanego kształcenia ciągłego należy zaliczyć rocznie przynajmniej 50 godzin zajęć (250 godzin w ciągu 5 lat). Szczegóły dotyczące udokumentowanego kształcenia ciągłego znajdują się w załączniku.

Jestem świadomy/świadoma, że opłata roczna wynosi 30 euro dla krajów Zachodniej Europy i mniej dla krajów Europy Wschodniej. Wspomniana opłata służy utrzymaniu Pana/Pani nazwiska w Europejskim Rejestrze Psychoterapeutów a także wspieraniu rozwoju psychoterapii w Europie. Podpisując niniejszy formularz wyrażam jednocześnie zgodę na opublikowanie powyższych informacji w Internecie.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z tekstem, podałem/am prawdziwe informacje i zgadzam się na spełnienie wymaganych warunków.

Data .....

Podpis .....

Uwaga: Podanie fałszywych informacji może spowodować usunięcie Pana/Pani nazwiska z rejestru posiadaczy Europejskiego Certyfikatu Psychoterapii. Zmiana adresu podanego w formularzu również powinna zostać zgłoszona Rejestratorowi Stowarzyszenia pod groźbą usunięcia nazwiska z rejestru.

## **(European Association for Psychotherapy)**

### **Załącznik do formularza powtórnej rejestracji**

Warunkiem wstępnym powtórnej rejestracji jest udokumentowane kształcenie ciągłe. Należy zaliczyć przynajmniej 50 godzin rocznie (całościowa liczba wynosi 250 godzin w ciągu 5 lat). Wspomniane udokumentowane kształcenie ciągłe może obejmować:

- 1) Zaawansowane bądź dodatkowe kursy psychoterapii (proszę je wymienić podając także, na osobnej kartce, nazwę organizatora/ instytutu oraz streszczenie kursu i liczbę godzin)
- 2) Profesjonalna superwizja praktyki terapeutycznej, pracy klinicznej i grupowej a także superwizja rówieśnicza (Proszę dołączyć na osobnej kartce nazwisko superwizora/nazwę instytutu, liczbę godzin superwizji, ogólna liczbę godzin).
- 3) Udział w konferencjach i sympozjach (proszę podać na osobnych kartkach tytuł, datę oraz nazwę organizatora a także liczbę godzin sesyjnych w których wziął Pan/Pani udział. Proszę także dołączyć kopię zaświadczeń o udziale w konferencjach).
- 4) Działalność zawodowa w ramach praktyki terapeutycznej ( wybór na członka komisji czy komitetu i udział w spotkaniach towarzyszących. Proszę podać nazwę organizacji, datę spotkań członków komisji czy komitetu i liczbę godzin poświęconych na każde spotkanie).
- 5) Udział w dodatkowych szkoleniach psychoterapeutycznych jako superwizor/ badacz / nauczyciel.

W ramach wymaganych 250 godzin udokumentowanego kształcenia ciągłego każda z powyższych kategorii może obejmować maksimum 75 godzin.