



<b>DANE</b>	
Nazwisko: .....	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Imiona: .....	Członek PTPG (od roku) .....
Adres do korespondencji: .....	
Data i miejsce urodzenia: .....	Narodowość: .....
E-mail do kontaktu: .....	Telefon kontaktowy: .....
<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	
Tytuł naukowy: <input type="checkbox"/> mgr psychologii <input type="checkbox"/> mgr ..... <input type="checkbox"/> lekarz ..... <input type="checkbox"/> doktor nauk ..... <input type="checkbox"/> profesor	
Ukończone studia (proszę dołączyć kopię dyplomu)	Nazwa uczelni ..... Rok ukończenia .....
Wykształcenie dodatkowe (proszę dołączyć kopię dyplomu): .....	
<b>SZKOLENIE W PSYCHOTERAPII GESTALT</b> w wymiarze min. 1450 godzin (proszę dołączyć kopie dokumentów poświadczających ukończenie szkolenia)	
Akredytacja <input type="checkbox"/> EAGT <input type="checkbox"/> PTPG	Nazwa organizatora szkolenia .....
Adres ..... www ..... email .....	Rok ukończenia .....
Kierownik szkolenia .....	Łączna liczba godzin .....
Jeśli jest Pan/Pani absolwentem szkolenia/eń, <b>innego niż całościowe szkolenie w psychoterapii Gestalt</b> akredytowane przez EAGT lub PTPG proszę podać:	
Nazwa ..... Adres ..... www .....	Rok ukończenia .....
Kluczowi nauczyciele/superwizorzy (proszę podać imię i nazwisko oraz liczbę godzin zajęć) 1. .... 2. .... 3. .... 4. .... 5. .... 6. .... 7. .... 8. ....	Łączna liczba godzin .....



Opis dodatkowych godzin, które odbył/a Pan/Pani w trakcie kształcenia, a które uznaje Pan/Pani za istotne w rozwoju zawodowym psychoterapeuty Gestalt (praca własna, literatura, seminaria i inne formy pracy dotyczące psychoterapii Gestalt)

**DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE – PRAKTYKA KLINICZNA**

Nazwa pracodawcy lub praktyki prywatnej	Rodzaj prowadzonej psychoterapii indywidualna/grupowa/par/rodzin	Od m-c/rok Do m-c/rok	Całkowita liczba godzin



**SUPERWIZJA** (proszę dołączyć kserokopie zaświadczeń poświadczonych przez superwizora)

Imię i nazwisko superwizora	Superwizja indywidualna/grupowa/zespołowa	Rok	Całkowita liczba godzin

**KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**

**WARSZTATY I SZKOLENIA** (proszę dołączyć kserokopie zaświadczeń i certyfikatów uczestnictwa)

Nazwa/Temat	Organizator	Data i miejsce	Całkowita liczba godzin



**UDZIAŁ W KONFERENCJACH**


**DOROBEK NAUKOWY/PRACA DYDAKTYCZNA** (proszę opisać):

**DZIAŁANIA NA RZECZ ŚRODOWISKA GESTALT** (proszę opisać np. działalność popularyzatorska, realizacja projektów, interwizje, ect):



Posiadane certyfikaty psychoterapeuty	Nazwa .....	nr .....	data wydania .....
	Nazwa .....	nr .....	data wydania .....

**PRZYNALEŻNOŚĆ DO INNYCH ORGANIZACJI ZAWODOWYCH**

Nazwa .....	od roku .....	pełniona funkcja .....
Nazwa .....	od roku .....	pełniona funkcja .....
Nazwa .....	od roku .....	pełniona funkcja .....

**INFORMACJE DODATKOWE**

**ZAŁĄCZNIKI** (proszę wymienić)

1. CV
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....
13. ....
14. ....
15. ....
16. ....
17. ....
18. ....
19. ....
20. ....



**OŚWIADCZENIA** (proszę zaznaczyć)

- Jestem członkiem Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Gestalt od co najmniej 12 miesięcy i mam uregulowane składki członkowskie włącznie z opłatą za rok ubiegania się o odnowę Certyfikatu Psychoterapeuty.
- Zobowiązuję się w swojej pracy, jako psychoterapeuta przestrzegać Kodeksu Etycznego PTPG.
- Jestem świadom, że nie opłacanie składek członkowskich, jak również nieprzestrzeganie Kodeksu Etycznego PTPG, może skutkować skreśleniem z listy certyfikowanych psychoterapeutów.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.) przez Polskie Towarzystwo Psychoterapii Gestalt ul. Wrocławska 37A/310, 30-011 Kraków dla realizacji celów statutowych, w tym także w celach związanych z działalnością i współpracą PTPG z organizacjami, których PTPG jest członkiem. Wrażam zgodę na przekazywanie mi informacji na wskazane w formularzu dane do kontaktu i zobowiązuję się do przekazania informacji o ich zmianie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 nr 101, poz. 926 z późn. zm.) przez Polskie Towarzystwo Psychoterapii Gestalt ul. Wrocławska 37A/310, 30-011 Kraków dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu certyfikacji. Wyrażam zgodę na publikację, umieszczenie i aktualizację moich danych na liście certyfikowanych psychoterapeutów i/lub superwizorów, w tym na stronie internetowej stowarzyszenia oraz podmiotów, których PTPG jest członkiem.
- Własnoręcznym podpisem poświadczam prawdziwość powyższych informacji.

Data: ..... Miejscowość: .....

Imię i nazwisko: .....

Podpis: .....