

## **KARTA ZGŁOSZENIOWA**

### **na superwizję kliniczną finansowaną przez PARPA w 2014 roku.**

Karta zgłoszeniowa służy kwalifikacji na superwizję kliniczną do celów szkoleniowych, finansowaną przez PARPA w 2014 roku.

Na komplet dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania osoby do grupy superwizyjnej finansowanej przez PARPA w 2014 r. składa się:

- czytelnie wypełniona karta zgłoszeniowa
- kopia statusu uczestnika Programu szkoleniowego
- kopia ukończenia szkolenia ( I etapu Programu) potwierdzona za zgodność z oryginałem
- aktualne zaświadczenie z miejsca pracy (wystawione nie wcześniej niż w listopadzie 2013r.) potwierdzające zatrudnienie w placówce odwykowej przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych w zakresie minimum 18 godzin tygodniowo

Wypełnioną kartę zgłoszeniową wraz z niezbędnymi załącznikami należy przesłać lub dostarczyć osobiście do Agencji, w terminie **2 - 16 stycznia 2014 roku** (liczy się data stempla pocztowego).

Karta zgłoszeniowa znajduje się pod poniższą tabelą.

**Osoby ubiegające się o sfinansowanie superwizji klinicznej do celów szkoleniowych mogą wybierać swojego superwizora jedynie spośród osób wymienionych w poniższym zestawieniu.**

<b>L.p.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Miejsce/miejsca prowadzenia superwizji</b>
1.	Barbara Błaż - Kapusta	SP ZOZ Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień ul. Kochanowskiego 17 Rzeszów
2.	Teresa Brandys - Tylipska	Poradnia Rodzinna w Opolu Plac Katedralny 4
3.	Dorota Dyluś-Beśka	Centrum Psychologii Zdrowia Dormed w Nysie ul. Czarnieckiego 4A
4.	Krzysztof Gąsior	ŚCPiE ul. J. Nowaka-Jeziorańskiego 65 Kielce
5.	Halina Ginowicz	SP ZOZ COLU ul. Rogalińskiego 3 Łuków
6.	Sławomir Grab	WOTUW ul. Dąbrowskiego 7 Stalowa Wola

7.	Rajmund Janowski	ul. Wójtowska 3 Kraków
8.	Leszek Kapler	ul. Mistrzowska 15 Warszawa
9.	Jacek Kasprzak	SP ZOZ ZLO ul. Parkowa 8 Czarny Bór
10.	Adam Klodecki	Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6 Warszawa
11.	Paweł Kołakowski	WOPiTU ul. Rybaki 3, Łomża LUB Al. Legionów 7, Łomża
12.	Iwona Kołodziejczyk	Warszawa <b>lub</b> Kraków
13.	Agnieszka Litwa – Janowska	ul. Wójtowska 3 Kraków
14.	Barbara Łukasik	SP ZOZ CPiTU ul. Kochanowskiego 17 Rzeszów
15.	Bożena Maciek - Haściło	PLUiW ul. Mickiewicza 5, Śrem <b>oraz</b> Ośrodek Nadrzecze ul. Brzostowa 5, Brok
16.	Dariusz Malicki	<b>COTUA</b> <b>ul. Abramowicka 2, Lublin</b> <b>lub</b> Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6, Warszawa
17.	Marcin Marsollek	Poradnia Rodzinna Plac Katedralny 4 Opole
18.	Anna Przenzak	ul. Szwedzka 10/9, Kielce <b>lub</b> Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6, Warszawa

19.	Elżbieta Rachowska	OTOU ul. Tramwajowa 2/4, Toruń <b>lub</b> Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6, Warszawa
20.	Bogdan Ratajczak	Gabinet Psychologiczny ul. Międzyborska 71/2, Poznań
21.	Dorota Reguła	<b>NZOZ OTUiW</b> <b>ul. Rydygiera 6, Działdowo</b> <b>oraz</b> Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6, Warszawa
22.	Jolanta Ryniak	ul. Krupnicza 5/5 Kraków
23.	Leszek Sagadyn	ul. Utrata 39 Suwałki
24.	Jacek Skrobot	OLUiW ul. Lwowska 178a, Tarnów <b>oraz</b> Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6, Warszawa
25.	Andrzej Słowikowski	Ośrodek Remedium ul. Graniczna 21a, Kępno
26.	Bożena Smereka-Oniszczenko	Wojewódzka Przychodnia Terapii Uzależnień WOTUiW Wyb. Korzeniowskiego 18 Wrocław
27.	Joanna Sobczyńska	Oddział Leczenia Uzależnień Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie ul. Sieradzka 3, Warta
28.	Magdalena Szczepaniak	Skarżysko-Kamienna
29.	Joanna Wawerska-Kus	ul. Broniewskiego 21 lok. 01 Warszawa
30.	Renata Zuba	SP ZOZ CPiTU ul. Kochanowskiego 17 Rzeszów

## KARTA ZGŁOSZENIOWA 2014

dotycząca udziału w superwizji klinicznej w ramach *Programu szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień oraz w zakresie instruktora terapii uzależnień*

IMIĘ I NAZWISKO	
NUMER STATUSU NADANEGO PRZEZ PARPA	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
TELEFON KONTAKTOWY	
E-MAIL	
AKTUALNE MIEJSCE ZATRUDNIENIA (stempel placówki leczenia uzależnień)	
Ósma część kodu resortowego placówki: .....	
Liczba aktualnie prowadzonych pacjentów uzależnionych w indywidualnej terapii : .....	
Liczba aktualnie prowadzonych pacjentów współuzależnionych w indywidualnej terapii : .....	
Liczba sesji psychoterapii grupowej prowadzonych w tygodniu: .....	
STANOWISKO PRACY	
WYMIAR ZATRUDNIENIA W GODZINACH (TYGODNIOWO)	
ROK UKOŃCZENIA I ETAPU SZKOLENIA (Szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia)	
<b>IMIONA I NAZWISKA WYBRANYCH SUPERWIZORÓW WRAZ Z MIEJSCEM ODBYWANIA SUPERWIZJI</b>	
1.	W
2.	W
3.	W

### Wymagane załączniki:

1. kopia statusu uczestnika Programu
2. kopia ukończenia szkoleń I i II etapu (lub w nowej wersji I rozszerzonego etapu) potwierdzona za zgodność z oryginałem
3. aktualne zaświadczenie z miejsca pracy (wystawione nie wcześniej niż w listopadzie 2012r.) potwierdzające zatrudnienie w placówce odwykowej przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych w zakresie minimum 18 godzin tygodniowo

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie zgłoszeniowej dla potrzeb niezbędnych do prowadzenia programu szkoleniowego (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz.883)**

.....  
data i podpis wnioskodawcy