

KARTA ZGŁOSZENIOWA

na superwizję kliniczną finansowaną przez PARPA w 2013 roku.

Karta zgłoszeniowa służy kwalifikacji na superwizję kliniczną do celów szkoleniowych, finansowaną przez PARPA w 2013 roku.

Na komplet dokumentów niezbędnych do zakwalifikowania osoby do grupy superwizyjnej finansowanej przez PARPA w 2013 r. składa się:

- czytelnie wypełniona karta zgłoszeniowa
- kopia statusu uczestnika Programu szkoleniowego
- kopia ukończenia szkoleń I i II etapu (lub w nowej wersji I rozszerzonego etapu) potwierdzona za zgodność z oryginałem
- 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

Wypełnioną kartę zgłoszeniową wraz z niezbędnymi załącznikami należy przesłać lub dostarczyć osobiście do Agencji, w terminie 2 - 16 stycznia 2013 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.

L.p.	Imię i nazwisko	Miejsce/miejsca prowadzenia superwizji
1.	Barbara Błaż - Kapusta	SP ZOZ Centrum Profilaktyki i Terapii Uzależnień ul. Kochanowskiego 17 Rzeszów
2.	Teresa Brandys - Tylińska	Poradnia Rodzinna w Opolu Plac Katedralny 4
3.	Krzysztof Gąsior	ŚCPiE ul. J. Nowaka-Jeziorańskiego 65 Kielce
4.	Halina Ginowicz	SP ZOZ COLU ul. Rogalińskiego 3 Łuków
5.	Sławomir Grab	WOTUW ul. Dąbrowskiego 7 Stalowa Wola

6.	Rajmund Janowski	ul. Wójtowska 3 Kraków
7.	Leszek Kapler	OPUiRF ETOH ul. Mistrzowska 15 Warszawa
8.	Jacek Kasprzak	SP ZOZ ZLO ul. Parkowa 8 Czarny Bór
9.	Henryk Kędzierski	WOTUW Stanomino 5
10.	Adam Klodecki	OT „Goplańska” IPIN ul. Goplańska 44 Warszawa
11.	Paweł Kołakowski	WOPiTU ul. Rybaki 3 Łomża
12.	Arletta Kubicka	NZOZ MEDICAL ul. Wierzbowa 2 Rzeszów
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
16.	Marcin Marsollek	WOTUW ul. Głogowska 26 B Opole
17.	Anna Przenzak	Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii- WOTUW Kielce, ul. Jagiellońska 72, Kielce
18.	Elżbieta Rachowska	OTOU ul. Tramwajowa 2/4 Toruń

19.	Bogdan Ratajczak	Gabinet Psychologiczny ul. Międzyborska 71/2 Poznań
20.	Dorota Reguła	NZOZ OTUiW ul. Grunwaldzka 7 Działdowo oraz Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6 Warszawa
21.	Jolanta Ryniak	ul. Krupnicza 5/5 Kraków
22.	Leszek Sagadyn	ul. Utrata 39 Suwałki
23.	Jacek Skrobot	SzW OLUiW ul. Lwowska 178a Tarnów oraz Fundacja ETOH ul. Mszczonowska 6 Warszawa
24.	Andrzej Słowikowski	ul. Wszystkich Świętych 2 Wrocław
25.	Bożena Smereka-Oniszczenko	Wojewódzka Przychodnia Terapii Uzależnień WOTUiW Wyb. Korzeniowskiego 18 Wrocław
26.	Magdalena Szczepaniak	Skarżysko-Kamienna
27.	Joanna Wawerska-Kus	ul. Broniewskiego 21 lok. 01 Warszawa
28.	Renata Zuba	SP ZOZ CPiTU ul. Kochanowskiego 17 Rzeszów

KARTA ZGŁOSZENIOWA 2013

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)	
ROK UKOŃCZENIA II ETAPU SZKOLENIA (Szkolenie w zakresie nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia)	
ROK UKOŃCZENIA I (nowego) ETAPU SZKOLENIA (Szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i współuzależnienia)	

IMIONA I NAZWISKA WYBRANYCH SUPERWIZORÓW WRAZ Z MIEJSCEM ODBYWANIA SUPERWIZJI	
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