Rada Superwizorów

Psychoterapii Uzależnień

Proszę o uznanie moich kompetencji superwizora psychoterapii uzależnień w trybie nadzwyczajnym i wpisanie mnie na listę superwizorów prowadzoną przez Waszą Radę. Oświadczam, że jestem:

1. Czynnym członkiem jednego z n/w Towarzystw sygnatariuszy Porozumienia (* zaznaczyć podpisem właściwe Towarzystwo)
   - PTPU.....
   - PTBU.....
   - KSTU.....
   - PSPI.....
2. Znajduje się na liście PARPA osób uprawnionych do prowadzenia superwizji klinicznych dla potrzeb szkoleniowych.

   podpis…….

3. Akceptuję założenia Porozumienia Towarzystw i Regulamin Rady

   podpis…….

4. Zobowiązuję się do przestrzegania Kodeksu Etyki Zawodowej Terapeuty Uzależnień i Superwizora Uzależnień

   podpis…….

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Rady.

   data i podpis…….

LP.	Dane	
1	Imię i Nazwisko	
2	Adres zamieszkania	
3	Adres e-mail	
4	Telefon kontaktowy	
5	Obszar prowadzenia superwizji klinicznej	np. superwizja szkoleniowa dla PARPA, superwizja indywidualna, grupowa, superwizja zespołów pracowniczych, itp.