

---

Zgłaszam udział w roku akademickim 20 /20 w szkoleniu:

## Psychodynamiczna Psychoterapia Dzieci i Młodzieży

- podyplomowy kurs uzupełniający

**Dane osobowe:**

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

E-mail:

Telefon:

Adres do korespondencji

*ulica, nr domu/mieszkania:**kod pocztowy, miejscowość:***Dane do faktury (jeśli są inne niż powyżej):**

Nazwa:

NIP:

Adres

*ulica, nr domu/mieszkania:**kod pocztowy, miejscowość:***Informacje dotyczące uczelni wyższej:**

Nazwa uczelni:

Wydział, specjalność:

Tytuł zawodowy:

Rok ukończenia:

Zawód wykonywany:

**Informacje dotyczące szkolenia przygotowującego do certyfikatu psychoterapeuty:**

Nazwa szkoły:

Rok uzyskania dyplomu:

Ilość przebytych godzin szkolenia:

**Praca z pacjentem w wieku rozwojowym:**

Nazwa placówki/ek:

Łączna liczba lat pracy z pacjentem w wieku rozwojowym:

Staż kliniczny – łączna liczba godzin:

Potwierdzam zaznajomienie się z treścią [Polityki Prywatności](#) (dostępnej na stronie [www.kcp.com.pl](http://www.kcp.com.pl)) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Krakowskie Centrum Psychodynamiczne s.c. dla celów prawidłowego realizowania zobowiązań i uprawnień wynikających ze zgłoszenia przeze mnie chęci uczestnictwa w Szkoleniu.