

Zgłaszam udział w roku akademickim 20 /20 w szkoleniu:

Specjalistyczne podyplomowe szkolenie dla psychoterapeutów pracujących z osobami z podwójną diagnozą (zaburzenie osobowości i uzależnienie)

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:

Mam doświadczenie w pracy psychoterapeutycznej z pacjentem utrzymującym abstynencję lub czynnie uzależnionym: TAK NIE

Podczas kursu chciał/a/bym poddawać superwizji procesy terapeutyczne pacjentów uzależnionych
behawioralnie od substancji psychoaktywnych

Pracuję z pacjentem utrzymującym abstynencję lub czynnie uzależnionym (Nazwa placówki/ek):

Łączna liczba godz. w tygodniu pracy z pacjentem utrzymującym abstynencję lub czynnie uzależnionym:

Staż kliniczny – łączna liczba godzin:

Potwierdzam zaznajomienie się z treścią [Polityki Prywatności](#) (dostępnej na stronie 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.