

**Europejskie Stowarzyszenie Psychoterapii (ESP)**

**Europejski Certyfikat Psychoterapii - formularz zgłoszeniowy terapeuty**

Proszę odpowiedzieć na każde pytanie. Osobom pytającym będzie udzielana informacja.

1) **Nazwisko:** ..........................................................................................................................................

2) Inne nazwiska pod którymi uprzednio rejestrował się Pan/Pani celem uzyskania Europejskiego Certyfikatu Psychoterapii (ECP): ...........................................................................................................

3) **Imię/ imiona**: .....................................................................................................................................

4) Skrót tytułu/tytułów, jaki powinien się znaleźć na certyfikacie (Dr, Prof., itp.)

5) □ Kobieta, □ Mężczyzna

6) Data urodzenia: …............/................./.................

(dzień) (miesiąc) (rok)

Następujący **adres zostanie opublikowany** w rejestrze posiadaczy europejskich certyfikatów psychoterapii:

7) Adres dla klientów:

Ulica: ......................................................................................................................................................

Miasto: ............................................................................ Kod pocztowy: .............................................

Kraj: ........................................................................................................................................................

Numer telefonu: ......................................................................................................................................

Numer faksu: ..........................................................................................................................................

Adres mailowy: ......................................................................................................................................

Strona internetowa: .................................................................................................................................

8) Inny adres:

Ulica: ......................................................................................................................................................

Miasto: ............................................................................ Kod pocztowy: .............................................

Kraj: ........................................................................................................................................................

Numer telefonu: ......................................................................................................................................

Numer faksu: ..........................................................................................................................................

Adres mailowy: ......................................................................................................................................

Strona internetowa: .................................................................................................................................

9. Na który adres kierować korespondencję? □ adres dla klientów □ inny adres

10) Jeśli otrzymał Pan/Pani ECP w wyniku ukończenia akredytowanego **instytutu treningowego**, (ang. EAPTI) proszę podać nazwę tego instytutu: .................................................................................

11) Jeśli otrzymał Pan/Pani ECP w wyniku procedury **'grandparenting**', proszę wskazać Organizację Krajową, która zarekomendowała Pana/Panią do certyfikatu ECP zgodnie z tą procedurą: ...............................................................................................................................................

12) W jakim obecnie kraju prowadzi Pan/Pani praktykę?: ....................................................................

13) Przez którą Organizację Krajową jest Pan/Pani obecnie zarejestrowany/a, aby móc kierować do niej skargi czy kwestie dyscyplinarne, które mogą Pana/Panią dotyczyć?: ...........................................

.................................................................................................................................................................

Jeśli nie jest to Organizacja Krajowa kraju podanego w punkcie 11) proszę wyjaśnić dlaczego:

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

14) Jeśli otrzymał Pan/Pani certyfikat ECP w wyniku procedury '**grandparenting**', proszę podać **modalność** czy modalności psychoterapii zapisane pod Pana/Pani nazwiskiem w rejestrze Organizacji Krajowej wyszczególnionej w: ...........................................................................................

Jeśli otrzymał Pan/Pani certyfikat ECP wyniku ukończenia **instytutu treningowego akredytowanego przez ESP (ang. EAPTI) („nadanie bezpośrednie”)**, proszę podać **modalność** tego instytutu: .........................................................................................................................................

15) Przez którą z Europejskich Organizacji Szerokiej Akredytacji (ang. EWAO) jest Pan/Pani

obecnie zrzeszony/a i do której tym samym należałoby kierować sprawy skarg czy kwestii dyscyplinarnych, które Pana/Panią dotyczą?: ........................................................................................

Jeśli nie jest to EWAO w modalności wyszczególnionej w punkcie 14, wyjaśnij dlaczego: ................

.................................................................................................................................................................

16) Język ojczysty: .................................................................................................................................

17) Inne języki: .......................................................................................................................................

18) Czy Pana/Pani gabinet dysponuje udogodnieniami dla osób niepełnosprawnych?

□ Tak □ Nie

19) Zgodnie z regulacjami Organizacji Krajowej państwa, na teranie którego Pan/Pani pracuje, wymagany jest odpowiedni **stały rozwój zawodowy**. Rekomendacje ESP co do meritum i ilości godzin tego rozwoju znajdują się w Załączniku.

20) Zbiór zasad etycznych ESP znajduje się na stronie ESP pod następującym adresem:

<http://www.europsyche.org/contents/13134/statement-of-ethical-principles>

Przeczytałem i zgadzam się z zasadami etycznymi ESP □ Tak □ Nie

Aby zostać umieszczonym w Europejskim Rejestrze osób certyfikowanych przez ESP należy uiszczać opłatę co pięć lat.

Zdaję sobie sprawę, że będę musiał/a wnosić opłatę roczną ( €40 rocznie dla krajów zachodnich, mniej dla krajów wschodnich) za utrzymanie mojego nazwiska w Europejskim Rejestrze Psychoterapeutów (ang. ERP) oraz za wspieranie rozwoju mojej dziedziny psychoterapii w Europie. Moim podpisem wyrażam zgodę, że wyróżnione informacje będą opublikowane w internecie.

Przeczytałem/łam powyższe, udzieliłem/łam rzetelnych informacji i zgadzam się na warunki.

Data: ........................................... Podpis: ..............................................................................................

**Uwaga**: Nieprawdziwe informacje mogą doprowadzić do usunięcia Pana/Pani nazwiska z europejskiego rejestru certyfikowanych psychoterapeutów (ang. ECP). Niepowiadomienie urzędnika Stowarzyszenia o zmianie podanego wcześniej adresu też może skutkować usunięciem Pani/Pana nazwiska z listy.

**Europejskie Stowarzyszenie Psychoterapii**

**Załącznik do formularza powtórnej rejestracji celem uzyskania Europejskiego Certyfikatu Psychoterapii**

Celem powtórnej rejestracji wymagany jest **stały rozwój zawodowy** (ang. CPD). Wymaga się ukończenia przeciętnie 50 godzin rozwoju zawodowego rocznie (łącznie **250 godzin w okresie ostatnich pięciu lat**). Ustawiczny rozwój zawodowy może zostać zaliczony w następujących formach:

1. Zaawansowane lub dodatkowe **kursy psychoterapii** (Proszę sporządzić listę, podać, gdzie się odbyły (instytut) i streścić tematykę; ilość godzin dla każdego kursu załączyć na odrębnej kartce.
2. **Superwizja zawodowa** praktyki psychoterapeutycznej/klinicznej/grupowej oraz superwizja koleżeńska (ang.peer supervision). (Proszę wykazać w osobnym dokumencie podając nazwę superwizora/instytutu, godziny superwizji oraz całkowita liczbę godzin).
3. **Konferencja** psychoterapeutyczna/ **uczestnictwo w sympozjum** (Proszę podać tytuł, datę i organizację każdego wydarzenia na osobnej stronie i zaznaczyć ilość godzin sesji, na której Pan/Pani był/a obecna. Proszę załączyć kopie wszystkich certyfikatów uczestnictwa w konferencjach.
4. Działania zawodowe w dziedzinie psychoterapii (wybór do **Zarządu lub Komisji** i uczestnictwo w spotkaniach. Proszę podać organizację, daty spotkań zarządu / komisji; ile godzin oficjalnie trwało każde spotkanie.)
5. Uczestnictwo w dodatkowym szkoleniu psychoterapeutycznym jako **superwizor/uczestnik badania naukowego/nauczyciel.**

**Na tą minimalną liczbę 250 godzin nie powinno składać się więcej niż 75 godzin z każdej podanej kategorii.**