Data ……..

DEKLARACJA

Proszę o przyjęcie mnie do Dolnośląskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów. Jestem psychoterapeutą/psychoterapeutką z

1. certyfikatem psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego/Psychologicznego/Psychodynamicznego/Psychoanalitycznego/ Polskiej Federacji Psychoterapii
2. certyfikatem superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego/Psychologicznego/Psychodynamicznego/Psychoanalitycznego
3. ukończyłem/ukończyłam atestowany kurs psychoterapii
4. ukończyłem/ukończyłam nieatestowany kurs psychoterapii

5. Korzystam z regularnych superwizji u*: ……

Zapoznałem/zapoznałam się ze statutem Dolnośląskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

……..
(nazwisko i imię)

.....
(miejscowość) (data) (podpis)

CZŁONKOWIE REKOMENDUJĄCY

……..
(nazwisko i imię) (podpis)

……..
(nazwisko i imię) (podpis)

KARTA EWIDENCYJNA CZŁONKA DSP

Nazwisko i imię …….....

Numer PESEL .....

Adres …….....

Telefon..... e-mail.....

Aktualne miejsce pracy .....

.....

* nie dotyczy superwizorów

REKOMENDACJA SUPERWIZORA*

……...

……...

……...

……...

……...

……...

.....
(nazwisko) (data) (podpis)

UCHWAŁA ZARZĄDU DSP

I. Przyjęty/przyjęta do Dolnośląskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów na posiedzeniu Zarządu DSP w dniu.....

....
(sekretarz) (przewodniczący)

II. Nieprzyjęty/nieprzyjęta do Dolnośląskiego Stowarzyszenia Psychoterapeutów uchwałą Zarządu DSP z dnia..... z powodu:

…….

…….

....
(sekretarz) (przewodniczący)

* nie dotyczy superwizorów

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Dolnośląskie Stowarzyszenie Psychoterapeutów z siedzibą w: Wrocław, ul. Mierosławskiego 8/3, w celu prowadzenia dokumentacji członkowskiej, kontaktu organizacyjnego oraz realizacji zadań statutowych Stowarzyszenia.
Zostałem poinformowany, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do członkostwa w Stowarzyszeniu, przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, wniesienia sprzeciwu oraz cofnięcia zgody w dowolnym momencie, moje dane nie będą przekazywane podmiotom trzecim bez mojej wyraźnej zgody.
Wyrażam również zgodę i chęć dołączenia do grupy DSP na komunikatorze WhatsApp

TAK NIE

oraz/lub dołączenia mojego adresu mailowego do adresów grupy członków DSP

TAK. NIE

Prosimy o osobiste składanie deklaracji, podczas spotkań DSP

Data i podpis: ……

* nie dotyczy superwizorów