

Data

DEKLARACJA

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

1. certyfikatem psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego/Psychologicznego
2. certyfikatem superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego/Psychologicznego
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

* nie dotyczy superwizorów

