

STUDIUM PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ edycja 2017/2019

karta zgłoszeniowa dla osób rozpoczynających szkolenie od I semestru
(prosimy o czytelne wypełnienie)

1. Imię i nazwisko

--	--

2. Data i miejsce urodzenia

--	--

3. Dane do umowy:

PESEL	
NIP	
Nr dowodu osobistego	

4. Adres zameldowania:

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu/mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

5. Adres do korespondencji:

Miejscowość	
Ulica	
Nr domu/mieszkania	
Kod pocztowy	
Poczta	

6. Szybki kontakt z Uczestnikiem:

Telefon kontaktowy	
email	

7. Dane do faktury za dydaktykę:

Osoba fizyczna	Imię i nazwisko	
	NIP	
	Adres zameldowania	
Firma	Nazwa firmy	
	Adres firmy	
	NIP	

8. Wykształcenie:

Uczelnia lub szkoła	
Rok ukończenia	
Kierunek	
Uzyskany tytuł	
Nr dyplomu	

9. Zakład pracy:

Nazwa zakładu pracy	
Adres	
Telefon	

10. Województwo, w którym pracuję:

11. Zajmowane stanowisko:

12. Wymiar zatrudnienia (etat, 1/2 etatu lub wymiar godzinowy na tydzień):

13. Staż pracy w lecznictwie odwykowym (jeśli pracuje; ilość miesięcy, lat):

14. Wykonywane czynności zawodowe (terapia indywidualna, grupowa, konsultacje, inne):

1.	
2.	
3.	
4.	

15. Z tematyką uzależnień zetknęłam/zetknąłem się (podkreślić właściwe):

- na studiach
- w pracy
- na szkoleniach
- inne (jakie)

16. Doświadczenie w pracy (podkreślić właściwe i podać od kiedy):

- z osobami uzależnionymi
- z osobami współuzależnionymi
- z DDA.....
- inne.....

17. Ukończone szkolenia i kursy zawodowe (kserokopie zaświadczeń potwierdzających ukończenie poszczególnych szkoleń przedłożyć w załączniku).

18. Chcę rozpocząć szkolenie ponieważ:

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

19. Od IV zjazdu chcę korzystać z pobytu w Hotelu Optima w Krakowie (zaznaczyć właściwe):

- TAK
- NIE

Przyjmuję do wiadomości, iż praca/wolontariat (min. 5 h/tydzień) w placówce leczenia odwykowego w charakterze terapeuty uzależnień jest warunkiem kontynuacji szkolenia SPU po I semestrze. Jednocześnie zobowiązuję się spełnić powyższy wymóg najpóźniej do 1.01.2018 r. dostarczając do biura MOSTU zaświadczenie potwierdzające pracę z pacjentem.

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis Kandydata

"Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji oraz całego procesu szkoleniowego, zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883)".

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis Kandydata

Wymagane załączniki:

- 1) *Kserokopia dyplomu ukończenia studiów lub świadectwa ukończenia szkoły średniej potwierdzona za zgodność z oryginałem,*
- 2) *Zaświadczenie o pracy/wolontariacie w lecznictwie odwykowym z podaniem formy i wymiaru zatrudnienia na formularzu MOSTU zamieszczonym na stronie,*
- 3) *Zaświadczenie o pracy/wolontariacie w lecznictwie odwykowym z podaniem formy i wymiaru zatrudnienia na formularzu MOSTU zamieszczonym na stronie – najpóźniej do 1.01.2018 r. - jeśli nie pracuje,*
- 4) *Kserokopie zaświadczeń o odbytych szkoleniach*
- 5) *Kserokopię dowodu osobistego,*
- 6) *Potwierdzenie dokonania opłaty rekrutacyjnej.*

