

ANKIETA ZGŁOSZENIOWA

SZKOŁA PSYCHOTERAPII OPARTEJ NA DOWODACH INSTYTUTU PSYCHOEDUKACJI

DANE OSOBOWE

Imię i

nazwisko:

Data

urodzenia:

Miejsce

urodzenia:

Adres

zamieszkania:

Telefon

kontaktowy:

Adres e-

mail:

WYKSZTAŁCENIE

Ukończona uczelnia/

szkoła:

Kierunek studiów,

specjalność:

Uzyskany tytuł

zawodowy:

Rok

ukończenia:

Dodatkowe kwalifikacje potwierdzone dyplomem/certyfikatem:

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

.....
.....

Ukończone kursy lub szkolenia z zakresu pomocy psychologicznej i psychoterapii:

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

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Aktualne miejsce

pracy:

Stanowisko/zakres

obowiązków:

Doświadczenie w pracy pomocowej (jeśli

dotyczy):
.....
.....
.....

DOŚWIADCZENIE KLINICZNE

Prowadzenie psychoterapii (forma, rodzaj pacjentów i zaburzeń, miejsce, czas):

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

Pomoc psychologiczna (rodzaj pomocy, odbiorcy, miejsce, czas):

.....
.....

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

Staże kliniczne w placówkach terapeutycznych (miejsce, czas trwania):

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

Praca pod superwizją (forma indywidualna czy grupowa, czas trwania):

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

Osobiste doświadczenia w roli uczestnika psychoterapii lub treningu psychologicznego (miejsce, czas trwania):

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

Oczekiwania wobec Szkoły Psychoterapii Opartej na Dowodach:

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

MOTYWACJA

Dlaczego chce Pani/Pan rozpocząć szkolenie psychoterapeutyczne? Dlaczego w naszej Szkole? Jakie argumenty przemawiają za pozytywnym rozpatrzeniem do Pani/Pana kandydatury?

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMACJE DODATKOWE

Skąd dowiedziała/dowiedział się Pani/Pan o Szkole Psychoterapii Opartej na Dowodach:

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacyjnych zgodnie z RODO. Informujemy, że Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Instytut Psychoedukacji Sp. z o.o., ul. Tyrwacka 13, 61-615 Poznań, REGON: 301669641, NIP: 9721226176, KRS: 0000379782. Została wyznaczona osoba do kontaktu w sprawie przetwarzania danych osobowych. W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy pisać na adres mailowy sbd@as-consulting.pl. Dane osobowe będą przetwarzane w celach szkoleń realizowanych przez Administratora w zakresie określonym w regulaminie szkoleń oraz zgodnie treścią udzielonych Administratorowi zgód. Podstawą prawną przetwarzania są czynności związane z wykonaniem umowy zawartej w trybie akceptacji regulaminu oraz gdy ma to zastosowanie, zgoda osoby, której dane dotyczą. Dane będą przetwarzane na potrzeby wykonania umowy oraz w okresie 10 lat po jej wykonaniu (przedawnienie roszczeń), natomiast dane przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą będą przetwarzane do czasu, w którym ustanie cel, dla którego zostały zebrane lub sprzeciwu, co do przetwarzania danych osobowych osoby, której dane dotyczą, w zależności co nastąpi pierwsze. Każdy ma prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w stosunku do danych przetwarzanych na podstawie zgody. Każdy ma prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, którą udzielił Administratorowi. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego [*Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych*]. Uprawnienia osoby, której dane dotyczą w tym wycofanie udzielonej zgody, można wykonać przez złożenie oświadczenia wykorzystując dane kontaktowe Administratora lub Inspektora Ochrony Danych wskazane we wstępie. Jednocześnie zobowiązuję się do corocznej aktualizacji danych przez cały okres uczestniczenia w całonocnym szkoleniu w psychoterapii organizowanym przez Instytut Psychoedukacji Sp. z o.o. Oświadczam, że informacje ww. ankiecie są prawdziwe i o wszelkich zmianach dotyczących treści danych zgłoszonych podczas rekrutacji w ciągu 14 dni od ich zajęcia powiadomię Instytut Psychoedukacji Sp. z o.o.

Data i podpis: