**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO SEKCJI PSYCHOTERAPII ONLINE
POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHOTERAPII INTEGRATYWNEJ**

Proszę uzupełnić dane:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Nazwisko i imię:** |  |
| 2. | **Adres zamieszkania (korespondencyjny):** |  |
| 3. | **Numer telefonu:** |  |
| 4. | **Adres e-mail:** |  |
| 5. | **Strona www gabinetu** *(jeśli istnieje)*: |  |
| 6. | **Wykonywany zawód / specjalizacje:** |  |
| 7. | **Posiadane wykształcenie, uczelnia i kierunek, tytuł naukowy:** |  |
| 8. | **Czy ukończył/-a Pan/Pani całościowe min. 4-letnie szkolenie w psychoterapii?** *(Jeśli TAK, proszę podać nazwę szkoły i rok ukończenia. Jeśli NIE, proszę wpisać „w trakcie szkolenia” oraz nazwę podmiotu szkolącego)* |  |
| 9. | **Nurt prowadzonej psychoterapii** *(dla psychoterapeutów)* |  |
| 10. | **Czy należy Pan/Pani do organizacji zrzeszającej psychologów/psychoterapeutów?** *(Proszę podać nazwę)* |  |
| 11. | **Czy posiada Pan/Pani certyfikat psychoterapeuty lub superwizora?** *(Proszę o wpisanie nazw dokumentów, organizacji wydającej oraz datę wydania)* |  |

*Niniejszym deklaruję chęć przystąpienia do Sekcji Psychoterapii Online Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej. Zapoznałem/-am się z Regulaminem tej sekcji i zobowiązuję się go przestrzegać. Ponadto zobowiązuję się przestrzegać Kodeksu Etyczno-Zawodowego Psychoterapeuty Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Integratywnej.*

*Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PTPI w zakresie funkcjonowania w Sekcji Psychoterapii Online.*

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis)