**Ankieta zgłoszeniowa**

dla kandydatów na Studium Psychoterapii Integratywnej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  | | |
| **Data urodzenia** |  | | |
| **Adres zamieszkania** |  | | |
| **e-mail** |  | | |
| **Telefon** |  | | |
| **Tytuł naukowy, uczelnia, kierunek, data uzyskania** |  | | |
| **Wykonywany zawód** |  | | |
| **Uprawnienia i tytuły zawodowe** |  | | |
| **Miejsce i adres pracy** |  | | |
| **Członkostwo w organizacjach profesjonalnych** |  | | |
| **Własna psychoterapia (u kogo ile godzin, format, rok)** |  | | |
| **Szkolenia w PIPI**  **(nazwa, rok)** | |  |
| **Ważniejsze szkolenia w innych ośrodkach (temat, czas trwania, prowadzący, instytucja, rok)** | |  |

\* Dotyczy kandydatów na Studium już prowadzących psychoterapię:

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Superwizja (u kogo, format, częstość, rok)** |  |
| **\* Z jakimi diagnozami?** |  |
| **\* W jakich kontraktach?** |  |
| **\* Rodzaj prowadzonej psychoterapii** |  |
| **\*Orientacja teoretyczna, w której Pani/Pan pracuje** |  |

**Podane przez Panią/Pana informacje są poufne i posłużą wyłącznie dla celów kwalifikacji i nie będą udostępniane innym osobom.**

**POZOSTAŁE WYMAGANE DOKUMENTY:**

1. list motywacyjny
2. CV
3. ksero dyplomu ukończenia studiów
4. Dowód uiszczenia 200 zł bezzwrotnej opłaty egzaminacyjnej.

**OŚWIADCZENIE**

1. Deklaruję chęć udziału w 4-letnim Studium Psychoterapii Integratywnej i jeśli zostanę zakwalifikowana/y zobowiązuję się wpłacić zaliczkę w podanym przez organizatorów terminie.
2. Jestem świadoma/y, że udział w rozmowie kwalifikacyjnej jest odpłatny. Warunkiem umożliwiającym uczestnictwo w rozmowie kwalifikacyjnej jest uiszczenie bezzwrotnej opłaty rekrutacyjnej w wysokości 200 zł. najpóźniej do 31.10.2022 r. Wpłat można dokonywać przelewem na konto Instytutu  (Bank Millenium 76 1160 2202 0000 0003 1838 8259 ) *W tytule wpłaty prosimy wpisać „opłata rekrutacyjna” i nazwisko kandydata.*. W przypadku rezygnacji do 10 dni przed datą rozmowy kwalifikacyjnej, uczestnikom rekrutacji przysługuje zwrot wniesionej opłaty.
3. Nie korzystałam/em z opieki psychiatrycznej z powodu objawów psychotycznych ani tendencji samobójczych. Nigdy nie miałam/em psychozy. Nigdy nie miałam/em próby samobójczej.
4. Nie cierpię na żadną ciężką chorobę somatyczną wymagającą stałego nadzoru medycznego lub będącą przeciwwskazaniem do psychoterapii.
5. Nigdy nie zostałam/em uznana/y przez Sąd Powszechny winną/winnym przestępstwa przeciwko życiu lub zdrowiu. Dotyczy to także przestępstw zatartych.
6. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są prawdziwe.

Miejscowość.....................................data................................podpis...............................................

**INFORMACJA ADMINISTRATORA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Drogi Kliencie, informujemy, że administratorem Twoich danych osobowych jest POLSKI INSTYTUT PSYCHOTERAPII INTEGRATYWNEJ Maria Karlińska-Nehrebecka z siedzibą w Krakowie (30-219), ul. Koło Strzelnicy 12.

Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji świadczeń zdrowotnych, usług psychologicznych i szkoleniowych oraz zarządzania nimi, jak również w celu informowania o nowych ofertach i propozycjach PIPI MKN.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w *powyższym*

*celu / powyższych celach*.

**Kraków, ................................ r. (Czytelny podpis osoby, której dane dotyczą)**

Informujemy, że:

1. Masz prawo w dowolnym momencie wycofać niniejszą zgodę, przy czym jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie tejże zgody przed jej wycofaniem.

2. Masz prawo do żądania od administratora dostępu do Twoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu dla którego zostały podane oraz przez okres wynikający z przepisów prawa (np. dla celów rozliczeń lub wynikających z art. 29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

4. Masz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych

Osobowych z siedzibą ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

5. Podanie danych osobowych ma charakter dobrowolny.

6. Odbiorcami danych mogą być pracownicy i współpracownicy (na podstawie zawartych umów) Administratora Danych, jednakże zobowiązani są oni do zachowania poufności w tym zakresie.

7. Konsekwencją niepodania danych może być uniemożliwienie realizacji ww. celu/celów, dla których są podawane.

8. Podstawę prawną przetwarzania Twoich danych stanowi art. 6 ust. 1 lit. a) */ art. 9 ust. 2 lit. a)* rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z04.05.2016, str. 1), tzn. **dane będą przetwarzane na podstawie Twojej zgody**.

.

Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z treścią powyższej informacji i jest ona dla mnie zrozumiała.

**Kraków, ................................ r. *(Czytelny podpis osoby, której dane dotyczą)***