**Superwizja grupowa dla psychoterapeutów**

Ankieta zgłoszeniowa

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko psychoterapeuty |  |
| Adres email, telefon, adres do korespondencji |  |
| Nazwa uczelni, kierunek, na którym uzyskano tytuł magistra |  |
| Placówka/ placówki psychoterapeutyczna z adresem i nazwą – miejsca wykonywania praktyki |  |
| Nazwa szkoły psychoterapii i nauczana modalność |  |
| Data ukończenia szkoły, czas trwania nauki, lub aktualny rok nauki |  |
| Miejsca wykonywania praktyki Placówka psychoterapeutyczna (także gabinet), nazwa, adres.  |  |
| Ilość lat praktyki lub godzin praktyki z pacjentami. |  |
| Własna psychoterapia - liczba godzin, format, modalność, nazwisko psychoterapeuty, czy terapeuta ma certyfikat psychoterapeuty |  |
| Stowarzyszenie afiliujące  |  |

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 (30-217), ul. Koło Strzelnicy 12.

Podane dane będą przetwarzane w celu realizacji świadczeń zdrowotnych, usług psychoterapeutycznych 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)**