

Zgłaszam udział w roku akademickim 20 /20 w szkoleniu:

Psychodynamiczna Psychoterapia Dzieci i Młodzieży - podyplomowy kurs uzupełniający

Dane osobowe:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

E-mail:

Telefon:

Adres do korespondencji

ulica, nr domu/mieszkania:

kod pocztowy, miejscowość:

Dane do faktury (jeśli są inne niż powyżej):

Nazwa:

NIP:

Adres

ulica, nr domu/mieszkania:

kod pocztowy, miejscowość:

Informacje dotyczące uczelni wyższej:

Nazwa uczelni:

Wydział, specjalność:

Tytuł zawodowy:

Rok ukończenia:

Zawód wykonywany:

Informacje dotyczące szkolenia przygotowującego do certyfikatu psychoterapeuty:

Nazwa szkoły:

Rok uzyskania dyplomu:

Ilość przebytych godzin szkolenia:

Aktualnie większość moich pacjentów znajduje się w przedziale wiekowym:

0-5 lat

6-11 lat

12-18 lat

Podczas kursu chciał/a/bym poddawać superwizji procesy terapeutyczne pacjentów w przedziale wiekowym:

0-5 lat

6-11 lat

12-18 lat

Praca z pacjentem w wieku rozwojowym:

Nazwa placówki/ek:

Łączna liczba lat pracy z pacjentem w wieku rozwojowym:

Staż kliniczny – łączna liczba godzin:

Potwierdzam zaznajomienie się z treścią [Polityki Prywatności](#) (dostępnej na stronie www.kcp.com.pl) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Krakowskie Centrum Psychodynamiczne s.c. dla celów prawidłowego realizowania zobowiązań i uprawnień wynikających ze zgłoszenia przeze mnie chęci uczestnictwa w Szkoleniu.