**KWESTIONARIUSZ KANDYDATA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O CERTYFIKAT SUPERWIZORA SOCJOTERAPII PSS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  |
| **Miejsce zamieszkania:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** |
| **NAZWA UCZELNI** | **KIERUNEK/TYTUŁ** | **ROK UKOŃCZENIA** |
|  |  |  |
| **UKOŃCZONE SZKOLENIA** |
| **NAZWA** | **OŚRODEK SZKOLĄCY** | **ZAKRES GODZINOWY/DATA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **UKOŃCZONE TRENINGI** |
| **NAZWA** | **OŚRODEK SZKOLĄCY/IMIĘ I NAZWISKO TRENERA(ÓW)** | **ZAKRES GODZINOWY/DATA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **DOŚWIADCZENIE W ZAWODOWE** |
| **NAZWA PLACÓWKI/NAZWA FIRMY** | **STANOWISKO** | **DATA ROZPOCZĘCIA** | **DATA ZAKOŃCZENIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **GRUPY PROWADZONE SAMODZIELNIE/Z KOTRENEREM** |
| **RODZAJ GRUPY/NAZWISKO KONTRENERA** | **INSTYTUCJA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW** | **ZAKRES GODZINOWY/DATA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PRZEPROWADZONE INNE FORMY SZKOLENIOWE** |
| **RODZAJ/NAZWA SZKOLENIA/NAZWISKO KOTRENERA** | **INSTYTUCJA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW** | **ZAKRES GODZINOWY/DATA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **PRZEPROWADZONE SUPERWIZJE PRACY SOCJOTERAPEUTYCZNEJ** |
| **NAZWISKO TRENERA/NAZWA INSTYTUCJI** | **ZAKRES GODZINOWY DATA/ RODZAJ[[1]](#footnote-1)\*** | **NAZWISKO SUPERWIZORA NADZORUJĄCEGO** | **PODPIS SUPERWIZORA NADZORUJĄCEGO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Zwracam się z prośbą o przyznanie mi certyfikatu superwizora socjoterapii Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów.

Oświadczam, że wszystkie podane dane są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że w swojej pracy superwizyjnej stosuję się do zasad Kodeksu Etyki Socjoterapeuty Polskiego Stowarzyszenia Socjoterapeutów.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… | ………………………………………………………. |
|  (data) |  (czytelny podpis) |

1. \* INDYWIDUALNA CZY GRUPOWA [↑](#footnote-ref-1)