

ANKIETA KANDYDATA

do

PROFESJONALNEJ SZKOŁY PSYCHOTERAPII

im. Jerzego Mellibrudy

nabór na rok 2025/26

Zwracam się z prośbą o przyjęcie na 4-letnie szkolenie podyplomowe
w Profesjonalnej Szkole Psychoterapii i przedstawiam poniższe dane, które będą podstawą postępowania kwalifikacyjnego, prowadzonego przez kierownictwo Szkoły.

......................................................................

data i podpis

1. Imię i nazwisko ............................................................................................
2. Data urodzenia ..............................................................................................
3. Adres do korespondencji ..............................................................................

.......................................................................................................................

1. Nr telefonu ................................... e-mail ....................................................
2. Aktualne miejsce pracy - ..............................................................................

.......................................................................................................................

1. Najważniejsze rodzaje psychologicznych czynności zawodowych wykonywanych w latach 2021-2025:

A) Samodzielne prowadzenie psychoterapii klinicznej
(forma zajęć, rodzaj pacjentów i zaburzeń, miejsce, ilość godzin tygodniowo)

.................................................................................................................................................................................................................................................

1. Inne z zakresu pomocy psychologicznej ..............................................................................................................................................................................................................................................
2. Szkolenia w zakresie psychoterapii lub pomocy psychologicznej
..........................................................................................................................................................................................................................................
3. Posiadane certyfikaty, w tym trenerskie PTP, specjalizacje

..........................................................................................................................................................................................................................................

1. Wykształcenie

Nazwa uczelni ..................................................................................................................

Wydział i specjalizacja .....................................................................................................

Dyplom magistra / doktora / lekarza ...................................................................................

Czy posiadasz tytuł magistra psychologii? ....................................................................

1. Dodatkowe szkolenia związane z problematyką psychoterapii i pomocy psychologicznej

Nazwa ............................................................................................................................... Data ..................................................................................................................................

Instytucja organizująca szkolenie .....................................................................................
……………………………………………………………………………………….......

* 1. W zakresie psychoterapii

......................................................................................................................................................................................................................................................................................

* 1. Inne
	..............................................................................................................................................................................................................................................
1. Staże kliniczne w placówkach terapeutycznych

Miejsce .................................................................................................................................

Data ..................................................................... Czas .......................................................

1. Odbyta psychoterapia własna

.............................................................................................................................................Czas trwania w godzinach .................................................................................................

1. Czy obecnie bierzesz udział w innym szkoleniu lub planujesz to w czasie nauki w PSP?

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

1. Czy jesteś członkiem Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub innego stowarzyszenia psychoterapeutów? Jeśli tak, to wymień .......................................................................................................................
2. Oczekiwania wobec PSP

..............................................................................................................................

..............................................................................................................................

...............................................................................................................................

1. Pytania organizacyjne:

1. Czy w ciągu roku szkolnego będziesz miał/a przynajmniej jednego pacjenta/klienta, z którym będziesz mógł/a prowadzić psychoterapię
lub udzielać mu innych form pomocy psychologicznej?

………………………………………………………………………………………………2. Czy wyrażasz zgodę na udział w treningu interpersonalnym,
intrapersonalnym, treningu z wykorzystaniem technik terapii Gestalt
oraz uczenie się przez doświadczania?

…………………………………………………………………………………

3. Czy zobowiązujesz się do opłat szkolenia zgodnie z ceną i terminami?

…………………………………………………………………………………

Prosimy o wysłanie wypełnionej ankiety wraz z klauzulą na adres: m.gryga@ipz.edu.pl

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych uczestników szkolenia**

**Profesjonalna Szkoła Psychoterapii**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych objętych formularzem oraz podanych w załączonych dokumentach przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego z siedzibą ul. Gęślarska 3 02-412 Warszawa (zgodnie z Rozporządzeniem 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 (ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych).

Zostałem/am poinformowany/a, o tym, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego (IPZ PTP) z siedzibą w Warszawie 02-412, ul. Gęślarskiej 3.

2. Przestrzeganie zasad ochrony danych w Instytucie nadzoruje wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail: inspektor@mbrk.pl

3. Dane osobowe w celu zapisu, organizacji, komunikacji z uczestnikami szkolenia oraz w celu wydania stosownych zaświadczeń o wzięciu udziału w szkoleniu przetwarzane są w oparciu o prawnie uzasadniony interes IPZ PTP - art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.

W celach wysyłania powiadomień i informacji dotyczących działań szkoleniowych prowadzonych przez Instytut psychologii Zdrowia PTP, Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie zgody -art. 6 ust. 1 lit. a) RODO.

4. Odbiorcami danych osobowych uczestników szkolenia są: podmioty świadczące usługi na rzecz IPZ PTP, z którymi zostały zawarte stosowne umowy powierzenia przetwarzania danych oraz podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa.

5. Dane osobowe uczestników szkolenia będą przetwarzane do czasu realizacji celu, jakim jest jej przeprowadzenie, tj. 6 lat od zakończenia szkolenia, wcześniejszego zgłoszenia sprzeciwu lub przedawnienia ewentualnych roszczeń.

W przypadku wysyłania powiadomień i działań informacyjnych na temat bieżących inicjatyw Instytutu psychologii Zdrowia PTP, Państwa dane osobowe przechowywane będą do momentu wycofania zgody.

6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

a) prawo dostępu do treści danych, prawo do sprostowania danych, prawo do przenoszenia danych, prawo żądania usunięcia danych osobowych przetwarzanych bezpodstawnie, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do sprzeciwu,

b) w przypadku działań informacyjnych Instytutu psychologii Zdrowia PTP - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie i w dowolny sposób, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

c) prawo do niepodlegania profilowaniu skutkującemu podejmowaniem decyzji opierających się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, wywołującemu skutki prawne lub mającemu inny istotny wpływ,

d) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w przypadku uznania, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO.

7. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale jednocześnie niezbędne do realizacji celów wskazanych w ust. 3.

☐TAK ☐NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych oraz otrzymywanie w przyszłości za pośrednictwem poczty elektronicznej informacji dotyczących działań szkoleniowych prowadzonych przez Instytut psychologii Zdrowia PTP.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………..data |  | ……………………………………….podpis |