ZDRUŽENJE
PSIHOTERAPEVTOV
SLOVENIJE

PRISTOPNA IZJAVA

IME IN PRIIMEK, DATUM ROJSTVA

STATUS: zaposlen/a upokojen/a specializant/ka študent/ka

DOMAČI NASLOV

Številka mobilnega telefona, elektronski naslov

IZOBRAZBA

diploma – naziv, datum, kraj

specializacija – smer, datum, kraj

strokovni naziv

akademski naziv

ZAPOSLITEV

naziv in naslov organizacije

organizacijska enota, oddelek

telefonska številka, elektronski naslov

naziv delovnega mesta

ZDRUŽENJE
PSIHOTERAPEVTOV
SLOVENIJE

kratek opis delovnega področja

Strokovni izpit v zdravstvu

OBKROŽI: DA NE

Psihoterapija

pridobitev naziva psihoterapevt (katerega psihoterapevtskega pristopa) – organizacija, datum

pridobitev naziva supervizor – organizacija, datum

pridobitev drugih nazivov s področja psihoterapije – organizacija, datum

V kolikor niste zaključili izobraževanja iz psihoterapevtskega pristopa, prosimo navedite dosedanjo vključenost v **izobraževanja na področju psihoterapije.**

- opravljen podiplomski študij iz psihoterapije v organizaciji ZPS in Medicinske fakultete **OBKROŽI: DA NE**
- vključenost v izobraževanje iz psihoterapevtskega pristopa / stopnja:
- v okviru organizacije:

Priložena dokazila o strokovni usposobljenosti s področja psihoterapije

ZDRUŽENJE
PSIHOTERAPEVTOV
SLOVENIJE

Obvestila ZPS želim dobivati na elektronski naslov

IZJAVA

Izjavljam, da želim postati član/ica Združenja psihoterapevtov Slovenije (ZPS). Upošteval/a bom določila statuta ZPS, še posebej obveznost članic / članov, da bom

- poklicno ravnal/a v skladu s Kodeksom etike Združenja psihoterapevtov Slovenije in veljavnimi predpisi o varovanju osebnih podatkov,
- plačeval/a članarino, sproti sporočal/a spremembe podatkov
- ter sodeloval/a pri strokovnih aktivnostih ZPS.

Z lastnoročnim podpisom jamčim za verodostojnost podatkov in prevzem vseh zavezujočih določil statuta ZPS.

V ....., dne ..... Podpis .....

Izpolni strokovni svet ZPS:

- strokovni izpit v zdravstvu: DA NE
- psihoterapevtski pristop: _____
- članstvo: REDNO PRIDRUŽENO