Nazwa instytucji (pieczęć)

Zaświadczenie o doświadczeniu klinicznym w zakresie psychoterapii

Zaświadczam, że pan/i \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ był/a zatrudniony/a w okresie od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ na stanowisku \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Zatrudnienie było w formie umowy o pracę / umowy o wolontariat/umowy cywilnoprawnej / umowy o współpracy\*. Zgodnie z zakresem obowiązków czas pracy wynosił równowartość: ¼ etatu / ½ etatu lub więcej\* (proszę wskazać ile):

a) Praca w Instytucji polegała na bezpośredniej współpracy klinicznej z zespołem, którego przynajmniej jednym z istotnych zadań zawodowych jest prowadzenie psychoterapii. \*\*

b) Przez cały okres zatrudnienia, ujęty w niniejszym zaświadczeniu, regularnie korzystał/a z dostępnych w pracy superwizji grupowych lub indywidualnych prowadzonych przez superwizora Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego lub Psychologicznego. \*\*

c) Ponadto systematycznie uczestniczył/a w organizowanych w pracy zebraniach klinicznych (lub podobnych omówieniach zagadnień klinicznych). \*\*

Inne uwagi dot. zatrudnienia i obowiązków:

Data Podpis kierownika instytucji

\* Niepotrzebne proszę skreślić

\*\* Jeśli nie dotyczy proszę skreślić, np. jeśli nie organizowano. Proszę skreślić jeśli nie uczestniczył/a.