

ΦΟΡΜΑ 1^{ης} ΕΠΑΝΑΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΜΕΛΗ- ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ

ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ:

1. Εποπτεία Gestalt	20 ώρες τουλάχιστον
2. Συνέδρια, σεμινάρια, εκπαιδευτικά προγράμματα, workshops στην ψυχοθεραπεία Gestalt	30 ώρες τουλάχιστον
3. Διεποπτεία (δηλαδή συμμετοχή σε ομάδα εποπτείας με συναδέλφους χωρίς συντονιστή) ή διδασκαλία της ψυχοθεραπείας Gestalt ή συγγραφή σχετικά με την ψυχοθεραπεία Gestalt ή άλλο επιστημονικό έργο σχετικά με την ψυχοθεραπεία Gestalt	50 ώρες τουλάχιστον

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΪΩΝΥΜΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (Οδός, αριθμός, ΤΚ, Πόλη, Χώρα)	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ	
E-MAIL	
ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΕΕΨΓ	
Εξακολουθείτε επαγγελματικά ενεργός/ή ως ψυχοθεραπευτής/ τρια	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ
Αν είστε πιστοποιημένος/ η επόπτης/ τρια, παρακαλούμε απαντήστε αν εξακολουθείτε να είστε επαγγελματικά ενεργός/ ή ως επόπτης/ τρια	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΔΙΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

για τη διαδικασία επαναπιστοποίησης

Οι υπογράφοντες δηλώνουν υπεύθυνα ότι ο/η
έχει συμμετάσχει σε ομάδα διεποπτείας αποτελούμενη από τους εξής:

Ονοματεπώνυμο	Υπογραφή
1	
2	
3	
4	
5	
6	

Έχει συμμετάσχει σε αυτή την ομάδα διεποπτείας για το διάστημα
από έως
σε αυτό το διάστημα παρέστη σε (αριθμός) συναντήσεις της ομάδας διεποπτείας
Κάθε συνάντηση έχει διάρκεια (ώρες)

Ημερομηνία

Υπογραφή υποψήφιου επαναπιστοποίησης

.....

.....

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ο/Η δηλώνω υπεύθυνα ότι συμμετείχα σε διαδικασίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης διάρκειας τουλάχιστον 100 ωρών (τουλάχιστον 20 ώρες εποπτεία, 30 ώρες σεμινάρια, 50 ώρες διεποπτεία), σύμφωνα με τα κριτήρια επαναπιστοποίησης για την Ελληνική Εταιρία Ψυχοθεραπείας Gestalt και ότι δεσμεύομαι στον Κώδικα Δεοντολογίας της Ελληνικής Εταιρίας Ψυχοθεραπείας Gestalt και δεν εκκρεμεί εις βάρος μου κάποια τέτοια καταγγελία.

Ημερομηνία

Υπογραφή υποψήφιου επαναπιστοποίησης

.....

.....

Παρακαλούμε αποστείλετε συνημμένα τα αποδεικτικά έγγραφα για τα συνέδρια, σεμινάρια, εκπαιδευτικά προγράμματα κλπ.

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

για τη διαδικασία επαναπιστοποίησης

Ο/Η
πιστοποιημένος/η επόπτης/ τρια από (πχ την ΕΕΨΓ)
με κωδικό μέλους

δηλώνω ότι έχουμε κάνει (αριθμός) συναντήσεις εποπτείας,
με τον/την(ονοματεπώνυμο υποψήφιου επαναπιστοποίησης)

Κάθε συνάντηση είχε διάρκεια (ώρες)

Οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν στο χρονικό διάστημα από
έως

Υπογραφή επόπτη/ τριας

.....

Ημερομηνία

Υπογραφή υποψήφιου επαναπιστοποίησης

.....

.....