**ΦΟΡΜΑ 1ης ΕΠΑΝΑΠΙΣΤΟΠΟΙΙΗΣΗΣ ΓΙΑ ΜΕΛΗ- ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΣ**

**ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Εποπτεία Gestalt με πιστοποιημένο/η επόπτη/ρια | 20 ώρες τουλάχιστον |
| 2. Συνέδρια, σεμινάρια, εκπαιδευτικά προγράμματα, workshops στην ψυχοθεραπεία Gestalt  | 30 ώρες τουλάχιστον |
| 3. Διεποπτεία (δηλαδή συμμετοχή σε ομάδα εποπτείας με πιστοποιημένους συναδέλφους θεραπευτές gestalt, χωρίς συντονιστή)  | 50 ώρες τουλάχιστον |

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑΤΕΠΏΝΥΜΟ |  |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (Οδός, αριθμός, ΤΚ, Πόλη, Χώρα) |  |
| ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ |  |
| ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ  |  |
| Ε-ΜΑΙL |  |
| ΚΩΔΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΟΥΣ ΤΗΣ ΕΕΨG |  |
| Εξακολουθείτε επαγγελματικά ενεργός/ή ως ψυχοθεραπευτής/ τρια  |  ΝΑΙ ΟΧΙ |
| Αν είστε πιστοποιημένος/ η επόπτης/ τρια, παρακαλούμε απαντήστε αν εξακολουθείτε να είστε επαγγελματικά ενεργός/ ή ως επόπτης/ τρια |   ΝΑΙ 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 ΕΕΨG)

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

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