|  |
| --- |
|  **ФОТО** |



**Анкета - заявка на присвоение статуса личного терапевта ОППЛ**

 .

*Фамилия Имя Отчество*

Регалии: .

Дата рождения: . .

*число/месяц/год*

Город проживания: . .

Рабочий адрес: . .

*город, улица, дом*

Телефон для связи: моб.,\*дом. .. .

*номер телефонакод номер телефона*

Электронная почта: . .

*адрес электронной почты*

**Профессиональный статус:**

**Рекомендуемый статус личного терапевта:**

региональный, межрегиональный, национальный, международный.

*нужное подчеркнуть*

**Членство в ППЛ с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.**

**Уровень членства в ППЛ:** наблюдательное, консультативное, действительное

*нужное подчеркнуть*

**Особый статус в ППЛ:** преподаватель ППЛ, супервизор ППЛ, другое.

*нужное подчеркнуть*

**Укажите уровень особого статуса и год присвоения:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Наличие сертификата психотерапевта Европейского (ECP) и/или Мирового (WCP) реестра, дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** .

**Образование**

Высшее учебное заведение:. .

*укажите полное название учебного заведения*

Факультет:. .

Специальность : .

Годы учебы: . . \_\_\_\_ .

 год начала год окончания

Дополнительное образование (при наличии):

. .

**Психотерапевтическое образование:**

Организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общее количество часов обучения теории: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общее количество часов личной терапии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. личного терапевта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общее (примерное) количество часов практики: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общее количество часов супервизии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О супервизора: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Психотерапевтическая практика:**

**Формат работы:** групповая терапия, индивидуальная, работа с парами, дистанционное консультирование

*нужное подчеркнуть*

**Возрастная категория клиентов/пациентов:** младенцы, дети, подростки, отроки, взрослые, пожилые люди.

*нужное подчеркнуть*

**Основная психотерапевтическая модальность, в которой Вы работаете (возможны несколько вариантов):**

**Вспомогательные модальности:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рекомендации:**

Рекомендация от Официального представителя в Федеральном Округе; руководителя отделения или представительства, Ф.И.О., регалии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись рекомендующего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рекомендации от модальности или личного терапевта:

Подпись рекомендующего: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата подачи заявки:

Подпись специалиста:

Результат рассмотрения – заключение комитета по личной терапии.