

Wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin

LOGO PODMIOTU SZKOLĄCEGO

ZAŚWIADCZENIE

Pan(i).....(imię i nazwisko)

(data urodzenia.....)

Ukończył(a) z wynikiem pozytywnymgodzinne szkolenie w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania oraz terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin pod nazwą (tytuł własny szkolenia), będące pierwszym etapem programu szkolenia, o którym mowa w § 14 ust. 2 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi (Dz.U. poz. 734), w związku z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2018 r., poz. 2410) w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień/ instruktora terapii uzależnień (niepotrzebne skreślić).

pieczęć podmiotu szkolącego

(podpis kierownika szkolenia)

(miejsowość)

(data)

Wzór zaświadczenia o ukończeniu stażu klinicznego

LOGO PLACÓWKI STAŻOWEJ

ZAŚWIADCZENIE

Pan(i).....(imię i nazwisko)

(data urodzenia.....)

Ukończył(a) z wynikiem pozytywnymgodzinny staż kliniczny, będący drugim etapem programu szkolenia, o którym mowa w § 14 ust. 2 pkt. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w *sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (DZ.U. poz. 734), w związku z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w *sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu* (Dz. U. z 2018 r., poz. 2410) w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień/ instruktora terapii uzależnień (niepotrzebne skreślić).

pieczęć placówki stażowej

(podpis kierownika stażu)

(miejsowość)

(data)

Wzór zaświadczenia o ukończeniu superwizji klinicznej dla celów szkoleniowych

ZAŚWIADCZENIE

Pan(i).....(imię i nazwisko)

(data urodzenia.....)

Ukończył(a) z wynikiem pozytywnym godzinną superwizję kliniczną dla celów szkoleniowych, będącą trzecim etapem programu szkolenia, o którym mowa w § 14 ust. 2 pkt. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. *w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi* (Dz.U. poz. 734), w związku z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. *w sprawie funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu* (Dz. U. z 2018 r., poz. 2410) w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień/ instruktora terapii uzależnień (niepotrzebne skreślić).

(imię, nazwisko i podpis superwizora)

(miejsowość)

(data)