**OŚWIADCZENIE**

**uczestnika szkolenia**

**w dziedzinie uzależnień dotyczące superwizji klinicznej**

*(Oświadczenie jest przechowywane przez podmiot szkolący)*

Ja, niżej podpisany/a ................................................................................................................. uczestnik szkolenia prowadzonego przez podmiot szkolący: …………………………………… …………………………………… niniejszym oświadczam, że:

* **Współpracuję z placówką leczniczą (placówkami), w której prowadzona jest psychoterapia osób uzależnionych[[1]](#footnote-1) i/lub ich bliskich**
* **W czasie trwania superwizji klinicznej mam zapewnioną możliwość prowadzenia terapii uzależnionych pacjentów i/lub ich bliskich pacjenta, a tym samym gromadzenia materiału do superwizji**
* **W czasie trwania superwizji mam możliwość zrealizowania 100 godzin pracy indywidualnej i grupowej z osobami uzależnionymi i/lub ich bliskimi**

………………………………

Miejscowość, data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………….……..  Podpis uczestnika szkolenia |  |  |

1. Przez psychoterapię uzależnień rozumie się psychoterapię osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych, osób szkodliwie używających ww. substancji psychoaktywnych, osób uzależnionych czynnościowo oraz **ich bliskich.**  [↑](#footnote-ref-1)