|  |  |
| --- | --- |
| ……………..…….……………….Miejscowość | ….…………………..……Data |

**ZAŚWIADCZENIE nr ………………**

**O UKOŃCZENIU SUPERWIZJI**

**REALIZOWANEJ W RAMACH**

**SZKOLENIA W DZIEDZINIE UZALEŻNIENIA**

*na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnienia (Dz. U. z 2019 r. poz. 766)*

Niniejszym zaświadcza się, że Pan(i) ……………………………………………………….. ……………………………………………………………………… urodzony(a) w dniu …………………………………………… (PESEL …………………………………………..[[1]](#footnote-1)) ukończył(a) superwizję kliniczną realizowaną u superwizora:

…………………………………………………………………………….……….…………….

*Imię i nazwisko superwizora*

z wynikiem ………………………….(*proszę wpisać właściwe: pozytywnym, negatywnym lub wskazanie do wydłużenia superwizji*)

Zakres szkolenia: ………………….(*proszę wpisać właściwe: SPECJALISTA PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ/INSTRUKTOR TERAPII UZALEŻNIEŃ)*

Nazwa podmiotu szkolącego: ………………………………………………………………………………..

Data rozpoczęcia superwizji klinicznej: …………………….

Data zakończenia superwizji klinicznej: …………….………

Łączna liczba godzin superwizji klinicznej: …………………

Uzasadnienie decyzji: …………………………………………………………..………….....

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

*Zalecenia do dalszej superwizji (proszę wypełnić w przypadku wskazania do wydłużenia superwizji):*

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………………………………………………..…

|  |
| --- |
| ………………………….…………………Czytelny podpis superwizora |

*Uwaga: Superwizor przesyła kopię niniejszego zaświadczenia do podmiotu szkolącego w terminie 30 dni od daty zakończenia superwizji.*

1. *w przypadku braku nr PESEL numer dokumentu potwierdzającego tożsamość* [↑](#footnote-ref-1)