

Data wpłynięcia wniosku do Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU \*)

\* wypełnia KCPU

## **Wniosek o dofinansowanie kosztów superwizji ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom**

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:	
Adres zamieszkania Wnioskodawcy:	
Nr telefonu kontaktowego:	
Adres email:	
Zakres szkolenia	<input type="checkbox"/> Specjalista psychoterapii uzależnień <input type="checkbox"/> Instruktor terapii uzależnień
Data rozpoczęcia szkolenia	

Wnioskuje o sfinansowanie kosztów superwizji klinicznej w wymiarze 70 godzin (realizowanej w ramach szkolenia na podstawie 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))

Oświadczam, że realizacja superwizji rozpocznie się i zakończy w 2024 roku

Oświadczam, że nie otrzymałem/am dofinansowania superwizji klinicznej z innych źródeł

Do wniosku załączam dokument potwierdzający zakończenie pierwszego etapu szkolenia

Planuję przystąpić do egzaminu certyfikacyjnego na specjalistę psychoterapii uzależnień/ instruktora terapii uzależnień organizowanego przez KCPU w sesji Jesień 2024 oraz jestem świadomy/a, że dokumenty na egzamin należy złożyć najpóźniej do 4.09.2024 r.

Planuję przystąpić do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) na specjalistę w dziedzinie psychoterapii uzależnień

*\* należy zaznaczyć właściwe pola*

Osoby ubiegające się o finansowanie mogą wybierać swojego superwizora spośród osób wymienionych w poniższej tabeli. Zajęcia superwizji klinicznej będą realizowane w grupach liczących od 5 do 7 osób.

Wyboru superwizora dokonuje się poprzez wpisanie trzech numerów przy nazwiskach wybranych superwizorów. w kolejności uwzględniającej preferencje (numerem 1 proszę oznaczyć superwizora pierwszego wyboru, numerami 2 i 3 proszę oznaczyć kolejnych superwizorów, których Państwo akceptujecie). Proszę oznaczyć we wniosku zgłoszeniowym wyłącznie tych superwizorów, u których gotowi są Państwo uczestniczyć w zajęciach – biorąc pod uwagę czas i koszt dojazdu. Przy wyborze superwizora należy wziąć pod uwagę fakt, iż nie może nim być przełożony, kolega z miejsca pracy lub osoba, z którą pozostają Państwo w innej relacji, która może zakłócać prawidłową realizację superwizji klinicznej.

Wybór nr	Imię i nazwisko superwizora	Miejsce/miejsca prowadzenia superwizji
	Marcin Charczyński	Gdańsk
	Piotr Cholerzyński	Poznań
	Agnieszka Duda	Kraków
	Sławomir Grab	Stalowa Wola lub Tarnobrzeg
	Adam Kłodecki	Warszawa
	Iwona Kołodziejczyk	Warszawa
	Serafin Olczak	Kraków

## ZATRUDNIENIE

Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w podmiocie leczniczym sprawującym opiekę nad uzależnionymi od alkoholu

Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w oddziale terapeutycznym dla osób uzależnionych Zakładu Karnego/Aresztu Śledczego

Miejsce obecnego zatrudnienia Wnioskodawcy-pełna nazwa i adres	
Jeśli placówka jest pomiotem leczniczym prosimy o zakreślenie właściwego resortowego kodu identyfikacyjnego (Część VIII kodu zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania):	1740, 1744, 1741/5/7, 2712, 2724, 2740, 2744, 2754, 4740, 4742, 4744, 4752, Oddział terapeutyczny dla osób uzależnionych Zakładu Karnego lub Aresztu Śledczego
Forma zatrudnienia	Proszę podkreślić właściwe: UMOWA O PRACĘ, UMOWA ZLECENIE, KONTRAKT,  INNE (jakie) .....
Wymiar czasu pracy	..... godz./TYDZIEŃ ..... godz./MIESIĄC
Długość stażu pracy w podmiotach leczniczych zajmujących się leczeniem osób uzależnionych (w latach)	

Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w wymiarze co najmniej ½ etatu lub na podstawie umowy cywilnoprawnej w wymiarze minimum 18 godzin tygodniowo

Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) na stanowisku związanym z terapią i rehabilitacją osób uzależnionych

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Oświadczenie:**

- Upředzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym potwierdzam, że zamieszczone we wniosku dane są zgodne z prawdą.
- Do wniosku dołączam zaświadczenie potwierdzające zatrudnienie w placówce prowadzącej leczenie osób uzależnionych zgodnie z Załącznikiem nr 2 do ogłoszenia.
- Zapoznałem się z załączoną poniżej Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z konkursem na uzyskanie ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom dofinansowania szkolenia w dziedzinie uzależnień w części superwizje kliniczne realizowane w 2024 r.
- **Mam świadomość, że wniosek nie posiadający kompletu danych nie zostanie rozpatrzony.**

TAK  NIE\* - Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora – *Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom* moich danych osobowych w postaci imienia, nazwiska oraz wysokości kwoty przyznanego finansowania poprzez ich zamieszczenie na stronie internetowej [www.kcpu.gov.pl](http://www.kcpu.gov.pl), w przypadku przyznania mi finansowania w związku z konkursem na uzyskanie ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom dofinansowania szkolenia w dziedzinie uzależnień w części superwizje kliniczne realizowane w 2024 r. Jestem świadomy, że przysługuje mi prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, co nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego przed cofnięciem zgody.

TAK  NIE\* - Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora – *Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom* wskazanego przeze mnie mojego adresu e-mail i/lub numeru telefonu w celu wymiany korespondencji związanej z przedmiotem wniosku.

\* *Proszę zakreślić właściwe pole*

Uwaga! W przypadku braku zgody na wykorzystanie adresu e-mail i/lub numeru telefonu KCPU będzie kierowało korespondencję zwykłą pocztą na wskazany we wniosku adres zamieszkania.

**Data i czytelny podpis osoby wnioskującej**

.....

## **Dodatkowe informacje:**

Program zajęć superwizyjnych obejmuje:

- Prezentację aktualnej pracy terapeutycznej:
  - z minimum 2 osobami uzależnionymi, w tym z jedną na etapie terapii pogłębionej oraz z osobą współuzależnioną (dla osób uczestniczących w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień),
  - z minimum 3 osobami uzależnionymi na podstawowym etapie terapii uzależnienia (dla osób uczestniczących w programie szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień),
- Superwizję procesu grupowego, zachodzącego w prowadzonej przez siebie grupie terapeutycznej

W gestii superwizanta leży zapewnienie sobie dostępu do takiego zakresu pracy z pacjentem (również poza miejscem stałej pracy, jeśli to konieczne), aby realizacja w/w wymogów była możliwa.

Od osoby kończącej superwizję z wynikiem pozytywnym oczekuje się:

- Umiejętności dokonywania diagnozy dla potrzeb psychoterapii uzależnienia i współuzależnienia,
- Umiejętności kwalifikowania do terapii i zawierania kontraktu terapeutycznego,
- Rozumienia psychologicznych mechanizmów pacjentów uzależnionych i współuzależnionych oraz wpływu tych mechanizmów na aktualne problemy pacjentów (na etapie terapii pogłębionej dla osób uczestniczących w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień, na etapie terapii podstawowej dla osób uczestniczących w programie szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień),
- Umiejętności opracowywania strategii terapeutycznej i planowania kierunków terapii (na etapie terapii pogłębionej dla osób uczestniczących w programie szkolenia w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień, na etapie terapii podstawowej dla osób uczestniczących w programie szkolenia w zakresie instruktora terapii uzależnień),
- Rozumienia stosowanych interwencji terapeutycznych,
- Rozumienia procesu terapeutycznego i zjawisk w nim występujących (w psychoterapii indywidualnej i grupowej),
- Rozumienia zjawisk zachodzących w relacji terapeutycznej,
- Umiejętności analizy własnych trudności w pracy z pacjentem i grupą terapeutyczną,
- Znajomości i stosowanie zasad zapisów kodeksu etyczno – zawodowego terapeuty uzależnień.