

Załącznik nr 1 do ZARZĄDZENIA Nr 2/2024 Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom z dnia 4 stycznia 2024 r. w sprawie ogłoszenia o konkursie na uzyskanie ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom dofinansowania szkolenia w dziedzinie uzależnień w części superwizje kliniczne rozpoczęte w 2024 r. z możliwością kontynuacji w 2025 roku.

Data wpłynięcia wniosku do podmiotu szkolącego*	Numer edycji szkolenia*	Pieczęć podmiotu szkolącego i podpis kierownika szkolenia*

\* wypełnia podmiot szkolący

## **Wniosek o dofinansowanie kosztów szkolenia w dziedzinie uzależnień w części superwizja kliniczna ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom**

Imię i Nazwisko Wnioskodawcy:	
Adres korespondencyjny:	
Nr telefonu kontaktowego:	
Adres email:	
Podmiot szkolący:	
Zakres szkolenia	<input type="checkbox"/> Specjalista psychoterapii uzależnień <input type="checkbox"/> Instruktor terapii uzależnień
Data rozpoczęcia szkolenia	
Planowana data zakończenia zajęć teoretycznych i zajęć warsztatowych	

Wnioskuje o sfinansowanie kosztów superwizji klinicznej w wymiarze 80 godzin (realizowanej w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 roku w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień)

Oświadczam, że realizacja superwizji rozpocznie się w 2024 roku

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

## ZATRUDNIENIE

Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w placówce prowadzącej rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi spowodowanymi przez przyjmowanie środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych

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, 1741, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 2712, 2714, 2724, 2726, 2740, 2742, 2744, 2746, 2752, 2754, 2756, 2758, 4740, 4744, 4746, 4750, 4754, 4756, 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 opieką i rehabilitacją 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:**

- Potwierdzam, że zapoznałam/-em się z treścią ZARZĄDZENIA NR 2/2022 Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom z dnia 24 stycznia 2022 roku w sprawie procedur i zasad finansowania kosztów superwizji klinicznych realizowanych w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2019 r. w sprawie szkoleń w dziedzinie uzależnień (opublikowanym na stronie kcpu.gov.pl).
- dokumentu pt. „Procedury i zasady finansowania kosztów superwizji klinicznych realizowanych w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień”.
- Uprzedzony 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 i rehabilitację osób uzależnionych w placówce zgodnie z Załącznikiem nr 2 do ogłoszenia.
- Zapoznałem się z załączoną Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych.
- **Mam świadomość, że wniosek nie posiadający kompletu danych nie zostanie rozpatrzony.**

**Data i podpis osoby wnioskującej**

.....