

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

\* wypełnia podmiot szkolący

## **Wniosek o finansowanie 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<br><input type="checkbox"/> Instruktor terapii uzależnień |
| Data rozpoczęcia szkolenia   |   |
| Planowana data zakończenia zajęć teoretycznych i zajęć warsztatowych |   |

Wnoszę o dofinansowanie 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 2025 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<br>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:<br>UMOWA O PRACĘ, UMOWA ZLECENIE, KONTRAKT,<br>INNE (jakie) .....  |
| Wymiar czasu pracy  | ..... godz./TYDZIEŃ<br>..... 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).
- Potwierdzam, że zapoznałam/-em się z treścią dokumentu pt. „Procedury i zasady finansowania kosztów superwizji klinicznych realizowanych w ramach szkolenia w dziedzinie uzależnień”( zał. nr 1 do ZARZĄDZENIA NR 2/2022 Dyrektora KCPU).
- 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 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

.....