

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

* wypełnia KCPU

Wniosek o dofinansowanie kosztów szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (wypełnia uczestnik)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy (uczestnika szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień)	
Adres miejsca zamieszkania Wnioskodawcy:	
Nr telefonu kontaktowego:	
Adres email:	
Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii uzależnień	
Adres podmiotu prowadzącego szkolenie w dziedzinie psychoterapii uzależnień	
Data rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 46 tej ustawy tj. w dziedzinie psychoterapii uzależnień.	DZIEŃ..... MIESIĄC..... ROK.....

☐ Wnioskuje o dofinansowanie kosztów szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w

ochronie zdrowia oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 46 tej ustawy tj. w dziedzinie psychoterapii uzależnień

☐ Oświadczam, że ubiegam się o dofinansowanie części szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień realizowanego przeze mnie w okresie od 1 czerwca 2025 r. do 31 grudnia 2025 r. w kwociePLN (słownie:.....) zgodnie z kwotą wskazaną w oświadczeniu podmiotu szkolącego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, stanowiącym Załącznik 1 do Wniosku.

☐ Do wniosku załączam oświadczenie podmiotu szkolącego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, stanowiące Załącznik 1 do Wniosku.

** należy zaznaczyć właściwe pola*

ZATRUDNIENIE

☐ Oświadczam, że jestem zatrudniony(a) w podmiocie prowadzącym rehabilitację lub psychoterapię osób uzależnionych w zakresie uzależnień

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

☐ Do wniosku załączam dokument potwierdzający zatrudnienie w podmiocie prowadzącym rehabilitację lub psychoterapię osób uzależnionych w zakresie uzależnień wydane przez pracodawcę (Załącznik nr 2).

Miejsce obecnego zatrudnienia Wnioskodawcy (pełna nazwa i adres)	
--	--

Forma zatrudnienia	Proszę <u>zaznaczyć właściwe</u> :
	☐ UMOWA O PRACĘ
	☐ UMOWA ZLECENIE
	☐ KONTRAKT
	☐ INNE (jakie)

UZASADNIENIE DOFINANSOWANIA KOSZTÓW SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO W DZIEDZINIE PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ	

Oświadczenie:

- Upředzpony o odpowiozialności karnej z art. 233 kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym potwierdzam, że zamieszczone we wniosku dane są zgodne z prawdą.
- Zapoznałem się z załączoną poniżej Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z konkursem na uzyskanie ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom dofinansowania kosztów szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, o którym mowa w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 46 tej ustawy tj. w dziedzinie psychoterapii uzależnień.
- **Mam świadomość, że wniosek nie posiadający kompletu danych, nie opatrzony własnoręcznym podpisem, złożony po terminie, 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 dofinansowania poprzez ich zamieszczenie na stronie internetowej www.kcpu.gov.pl, w przypadku przyznania mi dofinansowania w związku z konkursem na uzyskanie ze środków Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

dofinansowania kosztów szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień. 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.

Załączniki do Wniosku:

Załącznik 1 – Oświadczenie podmiotu szkolącego w dziedzinie psychoterapii uzależnień

Załącznik 2 – Zaświadczenie o zatrudnieniu (wypełnia kierownik placówki zatrudniającej wnioskodawcę)

Załącznik 3 – Klauzula Informacyjna RODO

.....
Data i czytelny podpis Wnioskodawcy