|  |
| --- |
| Pieczęć podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne |

DATA wypełnienia…………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU SZKOLĄCEGO W DZIEDZINIE PSYCHOTERAPII UZALEŻNIEŃ**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Wnioskodawcy(uczestnika szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień) |  |
| Nazwa podmiotu prowadzącego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie psychoterapii uzależnień |  |
| Adres podmiotu prowadzącego szkolenie w dziedzinie psychoterapii uzależnień |  |
| Potwierdzenie przez **jednostkę szkolącą** rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień (wraz ze wskazaniem daty rozpoczęcia szkolenia) | Uczestnik rozpoczął szkolenie specjalizacyjne: DZIEŃ…………......MIESIĄC ……………….ROK…………..*………………………………………………………………………**Potwierdzenie/data/podpis/pieczęć jednostki szkolącej*(wypełnia podmiot, posiadający akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychoterapii uzależnień, o której mowa w ustawie z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia ( Dz. U. z 2023 r. poz. 506 ze zm.) |

**W okresie od 1 czerwca 2025 r. do 31 grudnia 2025 r. uczestnik będzie realizował następujące kursy specjalizacyjne/ treningi/staże/superwizje**

W przypadku gdy kurs rozpoczął się przed 01.06.2025 r. lub zakończy się po 31.12.2025 r. prosimy o wskazanie w tabeli wyłącznie liczby godzin oraz dni, realizowanych w okresie od **01.06.2025 r. do 31.12.2025 r.** wraz ze wskazaniem kosztów. Koszty muszą być zgodne z oszacowaniem jakie podmiot szkolący przyjął przy określaniu wysokości opłaty za szkolenie przed rozpoczęciem tego szkolenia i zawartą z uczestnikiem szkolenia umową.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan szkolenia specjalizacyjnego****Moduły, kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe** | **Liczba dni** | **Liczba godzin\*** | **Koszt jednostkowy** |
| **MODUŁ I****Podstawy wiedzy medycznej dla specjalisty psychoterapii uzależnień**1. Kurs specjalizacyjny: „Psychopatologia zaburzeń |  |  |  |
| psychicznych i zachowania - diagnoza i ich leczenie”2. Kurs specjalizacyjny: „Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i zachowania z uzależnieniami” |  |  |  |
| 3. Kurs specjalizacyjny: „Zaburzenia używania substancji i kontroli impulsów oraz zachowania uzależniające, a choroby somatyczne” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ II****Podstawy wiedzy psychologicznej dla specjalisty psychoterapii uzależnień** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan szkolenia specjalizacyjnego** | **Liczba** | **Liczba** |  |
| **Moduły, kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe** | **dni** | **godzin\*** | **Koszt jednostkowy** |
| 1. Kurs specjalizacyjny: „Teorie i mechanizmy psychologiczne wyjaśniające zaburzenia używania substancji i kontroli impulsów oraz zaburzeń uzależniających” |  |  |  |
| 2. Kurs specjalizacyjny: „Psychologiczna diagnoza |  |  |  |
| kliniczna w leczeniu uzależnień” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ III** |  |  |  |
| **Psychoterapia osób uzależnionych i członków ich** |  |  |  |
| **rodzin** |  |  |  |
| 1. Kurs specjalizacyjny: „Wprowadzenie do |  |  |  |
| psychoterapii”2. Kurs specjalizacyjny: „Psychoterapia osób uzależnionych - diagnoza i proces psychoterapeutyczny” |  |  |  |
| 3. Kurs specjalizacyjny: „Psychoterapia grupowa w pracy z osobami uzależnionymi” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ IV****Programy terapeutyczne w lecznictwie uzależnień**1. Kurs specjalizacyjny: „Programy ograniczania |  |  |  |
| używania substancji psychoaktywnych”2. Kurs specjalizacyjny: „Programy terapeutyczne osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych w specyficznych grupach” |  |  |  |
| 3. Kurs specjalizacyjny: „Wybrane metody pracy |  |  |  |
| w lecznictwie uzależnień” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ V****Rodzina z problemem uzależnienia - diagnoza i terapia** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan szkolenia specjalizacyjnego****Moduły, kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe** | **Liczba dni** | **Liczba godzin\*** | **Koszt jednostkowy** |
| 1. Kurs specjalizacyjny: „Systemowe rozumienie |  |  |  |
| funkcjonowania rodziny”2. Kurs specjalizacyjny: „Problemy partnerek/ów i |  |  |  |
| bliskich osób uzależnionych”3. Kurs specjalizacyjny: „Rodzina z problemem uzależnienia, a rozwój dzieci. Osoby dorosłe z doświadczeniem życia w rodzinie z problemem uzależnienia” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ VI****Dzieci i młodzież w obliczu uzależnień - diagnoza i terapia**1. Kurs specjalizacyjny: „Prawidłowości rozwoju u dzieci i młodzieży - czynniki ryzyka i czynniki ochronne zaburzeń używania substancji i kontroli impulsów oraz zachowań uzależniających” |  |  |  |
| 2. Kurs specjalizacyjny: „Psychoterapia dzieci i młodzieży” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ VII****Podstawy prawne i organizacyjne w lecznictwie uzależnień**1. Kurs specjalizacyjny: „Organizacja systemu leczenia uzależnień i podstawy prawne pracy psychoterapeuty uzależnień” |  |  |  |
| 2. Kurs specjalizacyjny: „Podstawy opiniowania |  |  |  |
| sądowego i ekspertyz dla innych instytucji”3. Kurs specjalizacyjny: „Integracja działań wielospecjalistycznych wobec osób uzależnionych i ich rodzin” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan szkolenia specjalizacyjnego** | **Liczba** | **Liczba** |  |
| **Moduły, kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe** | **dni** | **godzin\*** | **Koszt jednostkowy** |
| **MODUŁ VIII****Staże kierunkowe**1. Staż kierunkowy: „Diagnostyka i terapia zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania osób dorosłych” |  |  |  |
| 2. Staż kierunkowy: „Diagnostyka i terapia zaburzeń |  |  |  |
| psychicznych w okresie dzieciństwa i dorastania”3. Staż kierunkowy: „Leczenie zespołów |  |  |  |
| abstynencyjnych i ostrych zatruć”4. Staż kierunkowy: „Leczenie osób uzależnionych - diagnoza i programy terapeutyczne w stacjonarnym trybie leczenia uzależnień” |  |  |  |
| 5. Staż kierunkowy: „Leczenie osób uzależnionych - |  |  |  |
| diagnoza i programy terapeutyczne w ambulatoryjnym trybie leczenia uzależnień”6. Staż kierunkowy: „Leczenie osób uzależnionych - |  |  |  |
| terapia i rehabilitacja w oparciu o odziaływanie społeczności terapeutycznej”7. Staż kierunkowy: „Pomoc psychologiczna i psychoterapeutyczna dla osób doświadczających trudności w związku z uzależnieniem bliskich - diagnoza i metody pracy” |  |  |  |
| 8. Staż kierunkowy: „Leczenie substytucyjne” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ IX****Treningi szkoleniowe rozwoju zawodowego**1. Kurs specjalizacyjny: „Treningi grupowe” |  |  |  |
| 2. Kurs specjalizacyjny: „Kompetencje zawodowe specjalisty psychoterapii uzależnień” |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **MODUŁ X** |  |  |  |
| **Superwizja** |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Plan szkolenia specjalizacyjnego****Moduły, kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe** | **Liczba dni** | **Liczba godzin\*** | **Koszt jednostko****wy** |
| 1. Kurs specjalizacyjny: „Superwizja kliniczna procesu diagnostycznego”
2. Kurs specjalizacyjny: „Superwizja procesu psychoterapeutycznego”
 |  |  |  |
| **Razem od 1 czerwca 2025 do 31 grudnia 2025** |  |  |  |
| **KURS JEDNOLITY**Kurs specjalizacyjny: „Prawo medyczne” |  |  |  |
| **Podsumowanie czasu trwania wszystkich dni, godzin, kosztów jednostkowych** |  |  |  |
| **Kwota dofinansowania dla uczestnika** | ………………………………PLN |

\*1 godzina szkoleniowa=45 minut

**Szacowana kwota dofinansowania na uczestnika wynosi…………………………………PLN**

**(słownie…………………………………………………………………………………………)**

**OŚWIADCZENIE**

* 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.

**…………………………………………………………………….………**

*Data i czytelny podpis osoby wypełniającej Oświadczenie ze strony podmiotu szkolącego*