



**4-LETNIA SZKOŁA PSYCHOTERAPII W NURCIE PODEJŚCIA SKONCENTROWANEGO NA ROZWIĄZANIACH
CENTRUM CTSR w WARSZAWIE**

**KARTA ZGŁOSZENIA NA CZTEROLETNIĘ SZKOLENIE W PSYCHOTERAPII W NURCIE PODEJŚCIA
SKONCENTROWANEGO NA ROZWIĄZANIACH CTSR W WARSZAWIE**

Miejsce realizacji kursu: **WARSZAWA, 2026**

IMIĘ I NAZWISKO: _____

DATA URODZENIA: _____ MIEJSCE URODZENIA: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY:

Kod pocztowy: _____ - _____ Miejscowość: _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lokalu/mieszkania: _____

Tel kontaktowy: _____ e-mail: _____

PROSZĘ O FAKTURĘ:

- TAK, NA DANE ZGODNIE Z PRZELEWEM
- Tak,

NIP: _____

nazwa: _____

adres: _____

DYPŁOM MAGISTERSKI NA KIERUNKU:

- Psychologia
- Pedagogika
- Resocjalizacja
- Pielęgniarstwo
- Socjologia
- Tytuł

zawodowy specjalista psychiatrii

- INNE: _____

Data uzyskania dyplomu magisterskiego lub tytułu specjalisty psychiatrii (dla lekarzy): _____

Nazwa uczelni _____



**4-LETNIA SZKOŁA PSYCHOTERAPII W NURCIE PODEJŚCIA SKONCENTROWANEGO NA ROZWIĄZANIACH
CENTRUM CTSR w WARSZAWIE**

DYPLOM STUDIÓW PODYPLOMOWYCH NA KIERUNKU:

- NIE UCZYŁEM/ŁAM SIĘ NA STUDIACH PODYPLOMOWYCH
- UKOŃCZYŁAM/JESTEM W TRAKCIE (*niepotrzebne skreślić):

NAZWA STUDIÓW: _____

MIEJSCE/ORGANIZATOR: _____

**ZAŚWIADCZENIE Z UKOŃCZONEGO SZKOLENIA TSR – POZIOM PODSTAWOWY W JEDNYM Z AKREDYTOWANYCH
PRZEZ PSTTSR OŚRODKÓW:**

- NIE
- TAK, (nazwa Ośrodka) _____

**ZAŚWIADCZENIA Z UKOŃCZONYCH SZKOLEŃ SPECJALISTYCZNYCH Z OBSZARU TSR/PSR (W AKREDYTOWANYCH
PRZEZ PSTTSR OŚRODKACH:**

- NIE
- TAK, (nazwa szkolenia i miejsce realizacji)

OBECNIE WYKONYWANY ZAWÓD:

DOŚWIADCZENIE TERAPEUTYCZNE:

- Dotychczas bez kontaktu z klientami w obszarze pomocowym
- Mniej niż 1 rok pracy z klientami w obszarze pomocowym
- Więcej niż 1 rok pracy z klientami w obszarze pomocowym

MIEJSCE PRACY: typ pracy _____

- Szpital
- Poradnia
- Gabinet prywatny
- Inne miejsce _____



**4-LETNIA SZKOŁA PSYCHOTERAPII W NURCIE PODEJŚCIA SKONCENTROWANEGO NA ROZWIĄZANIACH
CENTRUM CTSR w WARSZAWIE**

DOŚWIADCZENIA W PRACY TERAPEUTYCZNEJ/POMOCOWEJ:

- Terapia indywidualna
- Terapia grupowa
- Terapia rodzin
- Inne _____

WCZEŚNIEJSZE SZKOLENIA TERAPEUTYCZNE:

PLANOWANA W CIĄGU NAJBLIŻSZYCH LAT PRACA TERAPEUTYCZNA:

MOTYWACJA ZGŁOSZENIA SIĘ NA SZKOLENIE I OCZEKIWANIA WOBEC KURSU:

DODATKOWE INFORMACJE O PANI/PANU, KTÓRE CHCE PAN/PANI PRZEKAZAĆ

Skąd dowiedział(a) się Pan(i) o kursie psychoterapii prowadzonym przez Centrum CTSR?

Data i podpis: _____



**4-LETNIA SZKOŁA PSYCHOTERAPII W NURCIE PODEJŚCIA SKONCENTROWANEGO NA ROZWIĄZANIACH
CENTRUM CTSR w WARSZAWIE**

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Terapii Skoncentrowanej na Rozwiązaniach CTSR Alarcon Arias sp.j. ul. Bema 87/52, 01-233 Warszawa NIP: 5273012051
2. Dane osobowe przekazane na potrzeby zawarcia niniejszej umowy będą przetwarzane wyłącznie na potrzeby jej realizacji i nie będą udostępniane innym podmiotom.
3. W każdej chwili Zleceniobiorcy przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum CTSR dla celów związanych z przesyłaniem informacji dotyczących czteroletniego kursu psychoterapii, staży, o planowanych wydarzeniach naukowych, konferencjach i szkoleniach

Data i podpis: _____

Kartę zgłoszenia wraz z kopią dyplomu magisterskiego lub tytułu zawodowego lekarza psychiatrii, kopią dyplomu ukończenia szkoły podyplomowej oraz kopią zaświadczenia z ukończonego szkolenia TSR na poziomie podstawowym w akredytowanym przez PSTTSR Ośrodku prosimy przesłać e-mailem do: Centrum CTSR: SZKOLENIA@CTSR.PL. Prosimy o wysyłanie dokumentów w jednym pliku (mogą być w formacie zip.)

Opłatę rekrutacyjną w wysokości 300 zł należy wnieść na rachunek:

**Centrum Terapii Skoncentrowanej
na Rozwiązaniach CTSR Alarcon Arias sp.j.
ul. Bema 87/52, 01-233 Warszawa**

**Przelewy krajowe: Santander Bank:
02 1090 2851 0000 0001 5128 2730**

**Przelewy EURO: Santander Bank:
IBAN: PL07109018830000000155377274 SWIFT: WBKPPLPP**

(w tytule przelewu należy wpisać swoje nazwisko i imię oraz dopisać: opłata rekrutacyjna)