

Dnia …………………

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY na praktyki psychologiczne

Imię i Nazwisko……………………………………………………………………………

Adres mailowy:................................................................................................

Data urodzenia ……………………………….

Uczelnia Wyższa (ukończona lub w trakcie) :.......................................................................................

Kierunek::.......................................................................................

Rok zakończenia (bądź planowany)::.......................................................................................

Języki obce (poziom zaawansowania).........................................................

**Motywacja do rozpoczęcia praktyk**

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Dotychczasowe doświadczenia w obszarze pomocowym:**

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Oczekiwania co do praktyk**

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Zainteresowania**

...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Ośrodek Rozwoju i Psychoterapii Przestrzeń.terapeutyczna S.C w celu prowadzenia rozpatrzenia wniosku o przyjęcie na szkoleniowy staż diagnostyczno-psychoterapeutyczny.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Podpis

Aby zgłosić swój udział w praktykach, wyślij ten formularz na adres: **praktyki@przestrzen-terapeutyczna.pl**

LUB zapisz się bezpośrednio na stronie: [**www.przestrzen-terapeutycza.pl**](http://www.przestrzen-terapeutycza.pl)