

STUDIUM PSYCHOTERAPII SPCH ODDZIAŁ W POZNANIU

KARTA ZGŁOSZENIA NA CZTEROLETNI STUDIUM PSYCHOTERAPII 2020

Dane uczestnika

Imię (imiona):
Nazwisko:
Data urodzenia
Miejsce urodzenia
PESEL

Kontakt

Adres.....
Telefon
Adres e-mail

Wykształcenie

Uczelnia
Data ukończenia studiów
Kierunek studiów
Uzyskany tytuł

* konieczna kopia dyplomu w załączeniu

Dodatkowe kursy, szkolenia

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

Doświadczenie zawodowe

Zawód wykonywany
Miejsce pracy
Doświadczenia w pracy psychoterapeutycznej
.....

Motywacja do podjęcia nauki na Studium Psychoterapii SPCh

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

Wyznanie

1. Ja niżej podpisany/a deklaruję poszanowanie dla wartości chrześcijańskich.
2. Oświadczam, że dane przedstawione w niniejszym formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich Oddział w Poznaniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji programu Studium Psychoterapii (zgodnie z Rozporządzeniem PE i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie ich swobodnego przepływu).

.....
miejscowość, data

.....
Podpis kandydata