**Vloga za pridobitev certifikata EuroPsy**

Podatki, označeni z zvezdico, so obvezni.

|  |
| --- |
| **1. Osebni podatki** |
| \*Naziv: |  |
| \*Ime in priimek: |  |
| \*Spol: |  |
| \*Datum rojstva: |  |

|  |
| --- |
| **2. Kontaktni podatki** |
| \*Institucija / podjetje: |  |
| \*Naslov institucije (ulica, poštna številka, kraj, država): |  |
| Domači naslov (ulica, poštna številka, kraj, država): |  |
| Stacionarni telefon: |  |
| \*Mobilni telefon: |  |
| \*E-naslov: |  |

|  |
| --- |
| **3. \*Univerzitetna psihološka izobrazba****Navedite nazive zaključene akademske izobrazbe (na ravni dodiplomskega in podiplomskega študija), leto začetka in konca študija (navedite tudi dan, mesec in leto izdaje diplome), strokovno področje študija ter institucijo in državo, kjer je bil naziv podeljen.**  |
| Časovno obdobje in datum izdane diplome | Naziv izobrazbe | Strokovno področje | Univerza | Država |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. \*Supervizirana praksa****Uradno priznana supervizirana praksa, enakovredna enemu letu zaposlitve s polnim delovnim časom: navedite podrobnosti supervizirane prakse, datume in strokovno področje, na katerih je bila opravljena; zapišite dokaze za najmanj eno leto supervizirane prakse. Navedite samo dejavnosti na strokovnih področjih, ki so bila formalno priznana za opravljanje supervizirane prakse.**  |
| Časovno obdobje | Ime in priimek mentorja | Strokovno področje |
|  |  |  |
| Izvajane dejavnosti in dokazila: |
| Časovno obdobje | Ime in priimek mentorja | Strokovno področje |
|  |  |  |
| Izvajane dejavnosti in dokazila: |
| Časovno obdobje | Ime in priimek mentorja | Strokovno področje |
|  |  |  |
| Izvajane dejavnosti in dokazila: |

| **5. \*Strokovne izkušnje z opravljanjem samostojne psihološke dejavnosti****Zgodovina zaposlitve, enakovredne vsaj trem letom samostojnega opravljanja psihološke dejavnosti v zadnjih desetih letih (velja samo za prosilce, ki jim nacionalni organ za podeljevanje licenc, odobren pri Evropskem odboru za podeljevanje certifikata EuroPsy, priznava kvalifikacijo za samostojno opravljanje psihološke dejavnosti pred iztekom prehodnega obdobja).** |
| --- |
| Časovno obdobje | Delodajalec | Strokovno področje |
|  |  |  |
| Izvajane dejavnosti in dokazila: |
| Časovno obdobje | Delodajalec | Strokovno področje |
|  |  |  |
| Izvajane dejavnosti in dokazila: |
| Časovno obdobje | Delodajalec | Strokovno področje |
|  |  |  |
| Izvajane dejavnosti in dokazila: |
| Časovno obdobje | Delodajalec | Strokovno področje |
|  |  |  |
| Izvajane dejavnosti in dokazila: |

| **6. \*Država opravljanja psihološke dejavnosti:** |
| --- |
|  |

| **7. \*Jezik(-i), v katerem(-ih) lahko kompetentno izvajate psihološko dejavnost:** |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **8. \*Strokovno področje, na katerem ste kompetentni za opravljanje samostojne psihološke dejavnosti:** |
| 1. Klinična / zdravstvena psihologija
 | 1. Psihologija dela in organizacij
 |
| 1. Psihologija izobraževanja
 | 1. Drugo (navedite):
 |

|  |
| --- |
| **9. \*Soglasje za objavo registrskih podatkov** |
| V evropskem registru psihologov s certifikatom EuroPsy bodo zapisani naslednji podatki: vaše ime in priimek, področje psihološke dejavnosti, jezik(-i) opravljanja psihološke dejavnosti, država avtorizacije certifikata, datum poteka veljavnosti certifikata. |
| \*Ali naj bodo v evropskem registru psihologov s certifikatom EuroPsy tudi naslednji podatki vidni javnosti (*ustrezno* označite *v vsaki vrstici posebej)*? * institucija/podjetje [ ]  da [ ]  ne
* službeni naslov [ ]  da [ ]  ne
* akademska izobrazba (stopnja, institucija) [ ]  da [ ]  ne
* strokovna usposabljanja [ ]  da [ ]  ne
* država dejavnosti [ ]  da [ ]  ne
 |
| Zagotavljam, da so v tem dokumentu navedeni podatki resnični in pravilni. Strinjam se, da so moje ime in priimek, področje psihološke dejavnosti, jezik(-i) opravljanja psihološke dejavnosti, država avtorizacije certifikata, dan poteka veljavnosti certifikata ter vsi podatki, za katere je pri tej točki z oznako »da« podano soglasje, navedeni v evropskem registru psihologov s certifikatom EuroPsy. Strinjam se, da so moje ime in priimek ter področje psihološke dejavnosti zapisani na certifikatu. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj in datum: |  | Podpis: |  |