

Zgłaszam swój udział w Studium Psychoterapii Uzależnień Vis Salutis–zgodnego z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 kwietnia 2019r. w sprawie szkolenia w dziedzinie uzależnień oraz zgodnego z konkursem ogłoszonym przez Dyrektora KBPN w dniu 24 marca 2021 roku na wybór programu szkolenia w dziedzinie uzależnienia w zakresie: specjalisty psychoterapii uzależnień oraz instruktora terapii uzależnień.

Zakres szkolenia: *(Instruktor/Specjalista)* \_\_\_\_\_

DANE Słuchacza:

1. Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_
2. Data urodzenia: \_\_\_\_\_
3. PESEL: \_\_\_\_\_
4. Adres zamieszkania:
  - a. kod pocztowy i miejscowość: \_\_\_\_\_
  - b. ulica i numer domu: \_\_\_\_\_
5. Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Telefon: \_\_\_\_\_
7. Adres e-mail \_\_\_\_\_
8. Zatrudnienie (w tym staż w lecznictwie odwykowym): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Pełniona funkcja: \_\_\_\_\_
10. Zakres kompetencji na zajmowanym stanowisku: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Wykształcenie: \_\_\_\_\_
12. Nazwa szkoły: \_\_\_\_\_
13. Wydział, kierunek studiów, specjalność: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Czy posiadam zrealizowane 100h pracy indywidualnej z pacjentem uzależnionym \_\_\_\_\_

15. Dodatkowe kwalifikacje potwierdzone dyplomem bądź certyfikatem: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

16. Skąd dowiedziałeś/ęś się o Studium Psychoterapii Uzależnień Vis-Salutis: \_\_\_\_\_

---

---

17. Do zgłoszenia proszę dołączyć: ksero dyplomu magisterskiego lub zaświadczenia z uczelni o studiach magisterskich w trakcie lub dokument ukończenia szkoły średniej.

- I. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Oświadczam, że spełniam warunki przyjęcia na szkolenie w dziedzinie uzależnień, jestem świadoma/y wymagań jakie muszę spełnić, aby ukończyć szkolenie i być zakwalifikowanym do egzaminu w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień, zgodnie z informacjami o warunkach szkolenia i kwalifikacjami do egzaminu certyfikacyjnego zamieszczonymi na stronie [vissalutis.pl](http://vissalutis.pl). Oświadczam, że akceptuję wymóg programowy jakim jest, podjęcie w trakcie szkolenia praktyki w terapii osób uzależnionych w ilości minimum 100 godzin.
- II. Informujemy, że Administratorem jest (podmiotem ustalającym cele i sposoby przetwarzania danych osobowych) Fundacja Vis Salutis, 90-508 Łódź ul. Gdańska 90, lok. 1-3, fundacja@vissalutis.pl. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych są tożsame z danymi kontaktowymi Administratora wskazanymi w zdaniu poprzednim. Dane osobowe będą przetwarzane w celach szkoleń realizowanych przez Administratora w zakresie określonym w regulaminie szkoleń oraz zgodnie treścią udzielonych Administratorowi zgód. Podstawą prawną przetwarzania są czynności związane z wykonaniem umowy zawartej w trybie akceptacji regulaminu oraz gdy ma to zastosowanie, zgoda osoby, której dane dotyczą. Dane będą przetwarzane na potrzeby wykonania umowy oraz w okresie 10 lat po jej wykonaniu (przedawnienie roszczeń), natomiast dane przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą będą przetwarzane do czasu, w którym ustanie cel, dla którego zostały zebrane lub sprzeciwu, co do przetwarzania danych osobowych osoby, której dane dotyczą, w zależności co nastąpi pierwsze. Każdy ma prawo żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych i wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania w stosunku do danych przetwarzanych na podstawie zgody. Każdy ma prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, którą udzielił Administratorowi. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano przed jej cofnięciem. Każdy ma prawo do wniesienia skargi do Organu Nadzorczego [*Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych*]. Uprawnienia osoby, której dane dotyczą w tym wycofanie udzielonej zgody, można wykonać przez złożenie oświadczenia wykorzystując dane kontaktowe Administratora lub Inspektora Ochrony Danych wskazane we wstępie.

Data \_\_\_\_\_

Podpis Uczestnika \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Podpis Kierownika szkolenia \_\_\_\_\_