**APLIKACIJA ZA AKREDITACIJU**

**KOGNITIVNO-BIHEJVIORALNIH SUPERVIZORA U BOSNI I HERCEGOVINI**

**Tabela 1: Osnovne informacije**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime:** |  |
| **Obrazovanje:** |  |
| **Zvanje:** |  |
| **Adresa:** |  |
| **Poslodavac ili privatna praksa (naziv i adresa):** |  |
| **Radno mjesto:** |  |
| **Telefon na poslu:** |  |
| **Drugi kontakt telefon:** |  |
| **E-mail:** |  |

**Tabela 2: Prethodna akreditacija**

|  |  |
| --- | --- |
| **Broj prethodnog akreditacionog sertifikata:** |  |
| **Datum izdavanja prethodnog akreditacionog sertfikata:** |  |

**Kriterijumi za akreditaciju** zahtjevaju da kandidat obavi sljedeće aktivnosti tokom perioda edukacije:

1. Akreditovani kognitivno-bihejvioralni terapeuti sa najmanje 5 godina terapijske prakse nakon ispunjavanja minimalnih standarda edukacije iz KBT i stiču pravo na dalji trening za supervizore.
2. Završen akreditirani trening za supervizore.

Sve navedene aktivnosti ili uslovi za akreditaciju odnose se na oblast kognitivno-bihejvioralne terapije.

**Bazično profesionalno obrazovanje**

Koje je Vaše bazično profesionalno obrazovanje ili kvalifikacija tokom kojeg ste stekli osnova znanja i vještine iz psihoterapije? (Kognitivno-bihejvioralna terapija nije bazična profesija već modalitet).

Molimo označite jednu od profesija za koju ste kvalifikovani.

Psihologija  Medicina

**Tabela 3: Akademske i profesionalne kvalifikacije stečene u periodu od prethodne akreditacije**

(Navedite samo kvalifikacije koje se odnose na bazičnu profesiju)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Period obrazovanja**  **(od – do)** | **Kvalifikacija** | **Institucija** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\* Navedite dodiplomsko i postdiplomsko obrazovanje (npr. diplomski/master studij, magistarski studij, doktorski studij, specijalizaciju, itd.). Ne navodite kurseve, radionice, seminare i slično.

\*\* Uz aplikaciju morate dostaviti diplome koje ste stekli u periodu od prethodne akreditacije. Nemojte slati originale.

**Tabela 4: Završen akreditirani trening za supervizore**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Period obrazovanja**  **(od – do)** | **Naziv akreditiranog trening** | **Institucija** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*\* Uz aplikaciju morate dostaviti diplomu koju ste stekli u perioduedukacije za supervizore. Nemojte slati originale.

**Izjava:**

Svojim potpisom potvrđujemda su svi navedeni i priloženi podaci istiniti.

Datum:       Potpis: