**APLIKACIJA ZA REAKREDITACIJU**

**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 reakreditaciju** zahtjevaju da kandidat obavi sljedeće aktivnosti tokom perioda od pet godina od prethodne akreditacije do reakreditacije:

* 1. Učestvuje u najmanje 12 sati individualne supervizije audio/video snimaka seansi (dokaz: potpisana izjava supervizora), a period između dvije individualne supervizije ne smije biti veći od godinu dana kako bi dokazao redovnu kliničku superviziju.
	2. Učestvuje u najmanje 5 sati godišnje u superviziji vlastite supervizorske prakse (dokaz: potpisana izjava supervizora)
	3. Demonstrira posvećenost kontinuiranom profesionalnom razvoju u vještinama i teoriji iz KBT pristupa. Kriterijumi za kontinuirani profesionalni razvoj mogu uključivati: Učešće na KBT događajima: teorija (kongresi, konferencije, diskusije itd.); praksa (radionice za razvoj vještina), Sprovođenje KBT treninga, Sprovođenje istraživanja iz oblasti KBT-a, KBT akademske prezentacije i KBT publikacije.
	4. Objavi najmanje jedan članak (samostalno ili kao prvi autor) u naučnom ili stručnom časopisu ili zborniku radova, poglavlje u knjizi ili knjigu o KBT tematici ili sprovede najmanje dvije prezentacije s ciljem popularizacije KBTa da demonstrira naučni i praktični rad.
	5. Najmanje 10% ukupnog profesionalnog rada u posljednjih 5 godina mora biti u oblasti kognitivno-bihejvioralne terapije (dokaz: potpisana izjava da se u svojem radu koristi principima bihevioralno-kognitivne terapije).

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

Aplikacija za reakreditaciju podnosi se u periodu od dva do tri mjeseca prije isteka prethodne akreditacije.

\* Ako kandidat ne podnese aplikaciju za reakreditaciju u predviđenom periodu ili ako u periodu od pet godina od dobijanja prethodne akreditacije ne uspije da zadovolji kriterijume za reakreditaciju, primjenjuju se posebni kriterijumi za reakreditaciju definisani pod tačkom 4.4 Akreditacione šeme.

**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: Profesionalno iskustvo u periodu od prethodne akreditacije**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Period zaposlenja****(od – do)** | **Poslodavac ili privatna praksa (naziv i adresa)** | **Radno mjesto** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

\* Navedite sva zaposlenja koja dokazuju praktičan rad sa klijentima / pacijentima.

**Tabela 5. Praćenje supervizija i intervizija od prethodne akreditacije**

(Navedite hronološki sve grupne i individualne supervizije i intervizije KBT prakse)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Individualna** **ili grupna supervizija** | **Broj sati** | **Supervizor** | **Datum** | **Individualna** **ili grupna supervizija** | **Broj sati** | **Supervizor** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |

\* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju učestvovanje u najmanje 12 sati individualne supervizije (dokaz: potpisana izjava supervizora), a period između dvije individualne supervizije ne smije biti veći od godinu dana kako bi dokazao redovnu kliničku superviziju.

\*\* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju učestvovanje u najmanje 5 sati godišnje u superviziji vlastite supervizorske prakse (dokaz: potpisana izjava supervizora)

Ukupni sati supervizije:

**Tabela 6. Demonstracija posvećenosti kontinuiranom profesionalnom razvoju u vještinama i teoriji iz KBT pristupa** **od prethodne akreditacije**

(Navedite sve seminare, radionice, predavanja koja ste pohađali ili vi sprovodili)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Naziv** | **Predavač / trener** | **Organizator /** **izdavač sertifikata** | **Broj sati** |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

\* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju da KBT supervisor demonstrira posvećenost kontinuiranom profesionalnom razvoju u vještinama i teoriji iz KBT pristupa. Kriterijumi za kontinuirani profesionalni razvoj mogu uključivati: Učešće na KBT događajima: teorija (kongresi, konferencije, diskusije itd.); praksa (radionice za razvoj vještina), Sprovođenje KBT treninga, Sprovođenje istraživanja iz oblasti KBT-a, KBT akademske prezentacije i KBT publikacije.

\*\* Priložite kopije sertifikata ili potvrda o pohađanju. Nemojte slati originale.

Ukupni sati kontinuiranog treninga:

**Tabela 7. Objavljeni stručni članci od prethodne akreditacije**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Autori** | **Naslov rada, naziv naučnog ili stručnog** **časopisa ili zbornika radova** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

\* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju da KBT supervisor objavi najmanje jedan članak (samostalno ili kao prvi autor) u naučnom ili stručnom časopisu ili zborniku radova, poglavlje u knjizi, knjigu ili sprovede najmanje dvije prezentacije s ciljem popularizacije KBTa da demonstrira naučni i praktični rad.

\*\* Priložite kopije apstrakta, poglavlja o knjizi sa naslovnicom knjige, naslovnicu knjige ili potvrde o učestvovanju. Nemojte slati originale.

**Tabela 8. Prezentacije na stručnim skupovima od prethodne akreditacije**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** | **Autori** | **Naslov rada, skup ili kongres, način izlaganja** **(usmeno saopštenje, poster prezentacija, i sl.)** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

\* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju da KBT supervisor objavi najmanje jedan članak (samostalno ili kao prvi autor) u naučnom ili stručnom časopisu ili zborniku radova, objavi poglavlje u knjizi ili knjigu o KBT tematici ili sprovede najmanje dvije prezentacije s ciljem popularizacije KBTa da demonstrira naučni i praktični rad.

\*\* Priložite kopije apstrakta, poglavlja o knjizi sa naslovnicom knjige, naslovnicu knjige ili potvrde o učestvovanju. Nemojte slati originale.

**Tabela 9: KBT praksa i supervizija od prethodne akreditacije**

(Navedite podatke o svojoj KBT praksi, KBT superviziji uključujući informacije o klijentima, supervizantima i obliku terapije)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Period****(od-do)** | **Radno mjesto** | **Poslodavac** **ili privatna praksa** | **Vrsta klijenata** | **Oblik terapije** | **Broj sati KBT prakse sedmično** | **% KBT ukupnog radnog vremena**  |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |

\* Kriterijumi za reakreditaciju zahtjevaju da najmanje 10% ukupnog profesionalnog rada mora biti u oblasti KBT

\*\* Navedite informacije o KBT praksi od prethodne akreditacije do trenutka apliciranja za reakreditaciju (radno mjesto; poslodavac/privatna praksa; vrsta klijenata: npr. djeca, adolescenti, odrasli, stari; oblik terapije: individualni rad, parovi, grupe; sati u toku sedmice: navedite stvarni broj sati KBT prakse i naznačite postotak u odnosu na cjelokuono radno vrijeme. Navedite i KBT praksu izvan stalnog zaposlenja, npr. volonterski ili rad na osnovu ugovora koji uključuje KBT.

**Izjava:**

Svojim potpisom potvrđujem da je najmanje 10% mog ukupnog profesionalnog rada u periodu od prethodne akreditacije bilo u oblasti kognitivno-bihejvioralne terapije i da su svi navedeni i priloženi podaci istiniti.

Datum:       Potpis: