



Wrocławski Instytut Psychoterapii  
ul. Sołtysowicka 65A  
51-168 Wrocław  
e-mail: [info@wip.wroclaw.pl](mailto:info@wip.wroclaw.pl)  
tel. 71 372 72 15 lub 534 006 296  
[www.wip.wroclaw.pl](http://www.wip.wroclaw.pl)

**ANKIETA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU W SUPERWIZJI  
SUPERWIZJA GRUPOWA/SUPERWIZJA INDYWIDUALNA**

<b>Imię i Nazwisko:</b>	
<b>Data urodzenia:</b>	
<b>Numer telefonu:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Adres do korespondencji:</b>	
<b>Dane do rachunku:</b>	
<b>Wykształcenie/kierunek studiów:</b>	
<b>Miejsce pracy:</b>	
<b>Odbyte szkolenia w psychoterapii</b> (nazwa szkolenia, uzyskane kompetencje, data udziału, instytucja szkoleniowa):	
<b>Doświadczenie zawodowe</b> (dotychczasowe miejsca pracy, pełnione obowiązki):	
<b>Doświadczenie w prowadzeniu psychoterapii</b> (rodzaj i miejsce prowadzenia psychoterapii, modalność terapeutyczna, częstość prowadzenia psychoterapii):	
<b>Dotychczasowa superwizja</b> (forma, kiedy, u kogo, ilość godzin):	
<b>Terapia własna</b> (forma, kiedy, ilość godzin):	
<b>Powód zgłoszenia na superwizję:</b>	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w przesłanej ankiecie zgłoszeniowej, zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie danych Osobowych (Dz. U. z 2018 r. Poz. 1000).