**OBRAZEC**

**PODATKI ZA OBJAVO V IMENIKU VEDENJSKO-KOGNITIVNIH TERAPEVTOV**

Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije na spletni strani društva objavlja imenik (seznam) akreditiranih vedenjsko-kognitivnih terapevtov.

Pogoj za objavo podatkov strokovnjaka, ki izvaja vedenjsko-kognitivno terapijo (VKT), na spletni strani DVKT Slovenije **je status člana** DVKT Slovenije (poravnana članarina za tekoče leto) **in**

1. **veljavna akreditacija** (za akreditirane terapevte) **ali**
2. **vključenost v Praktikum IIII (supervizijska skupina)** za posameznike v izobraževanju.

Vsaj 10% dela strokovnjaka morajo predstavljati intervence, ki temeljijo na vedenjskih in/ali kognitivnih terapijah.

Zaželeno je, da je strokovnjak redno vključen tudi v supervizijski proces in/ali intervizijsko skupino.

Posameznik se s podpisom na tem obrazcu zaveže k uporabi ustreznega naziva (pojasnila v zvezi z usposabljanjem, nazivi in kompetencami si lahko preberete na povezavi:

http://www.drustvovkt.org/23/pojasnila-v-zvezi-z-nazivi-in-kompetencami-terapevtov/.

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek:  |   |
| Osnovna izobrazba - naziv:  |   |
| Podiplomska izobrazba - naziv:  |   |

**Zaposlitev:**



|  |  |
| --- | --- |
| Ime ustanove:  |   |
| Področje, kamor spada dejavnost ustanove (označite ustrezno). *Poleg posameznega področja obvezno* *vpišite datum, ko ste za to področje opravili strokovni izpit, ki je pogoj za samostojno opravljanje dejavnosti! Priložite kopijo potrdila!*  | x zdravstvo (datum strokovnega izpita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) x vzgoja in izobraževanje (datum strokovnega izpita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) x socialno varstvo (datum strokovnega izpita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) x drugo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (datum strokovnega izpita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  |
| Način dela (označite ustrezno)  | x javni sektor x samoplačniško x koncesija  |
| Populacija (označite ustrezno)  | x otroci x mladostniki x odrasli x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Področja, kjer imate kompetence (vpišite)  |   |
|  Na primer: * *RAZPOLOŽENJSKE IN ANKSIOZNE MOTNJE*
* *OSEBNOSTNE MOTNJE*
* *OBVLADOVANJE JEZE IN AGRESIVNOSTI*
* ...
 |  |
| **Akreditirani terapevti:** |  |
| Datum akreditacije oz. reakreditacije: | Leto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ št. potrdila: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Terapevti v izobraževanju:** |  |
| Zaključen Praktikum I  | Leto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ št. potrdila: \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Zaključen Praktikum II  | Leto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ št. potrdila: \_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Praktikum III  | Vključenost od: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

**Kontaktni podatki za objavo:**

|  |  |
| --- | --- |
| Vpišite naziv ustanove in naslov (v primeru, da izvajate samoplačniško ali koncesijsko dejavnost v prostorih javne ustanove ali v javnem zavodu, kjer ste zaposleni, ste dolžni sami urediti medsebojna razmerja z delodajalcem/ustanoviteljem in za opravljanje te dejavnosti imeti z zakonom in ostalimi predpisi zahtevana dovoljenja)  |   |
| Elektronska pošta:  |   |
| Telefon  | Tel.št: Dosegljivost (dnevi: ; ure: ) Tel.št: Dosegljivost (dnevi: ; ure: )  |

**V imeniku bodo objavljeni naslednji podatki**:

**Primer**

Priimek in ime mag. Janez Novak

Izobrazba *univ.dipl.psih.*

Izobraževanje iz VKT *Praktikum I (2014), Praktikum II (2017), trenutno v superviziji (Praktikum III, od 2021)*

Področje dela *Področje dela: socialno varstvo*

Populacija *Odrasli*

Način dela *Koncesija in samoplačniško*

Kontaktni podatki *Svetovanje Janez Novak s.p., Novakov trg 1 – Ljubljana 1000*

 *Elektronska pošta: ime.priimek@epošta.si*

 *Telefon: 01/000000000 (dosegljivost: dan/ura)*

 *Spletna stran: www.spletna.stran.com*

*S podpisom soglašam, da se zgornji podatki objavijo na spletni strani Društva za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije. Izjavljam, da izpolnjujem pogoje, navedene v tem obrazcu in jamčim za resničnost podatkov. Obvezujem se, da bom vse spremembe podatkov čim prej oz. najkasneje v mesecu dni sporočil/a na naslov društva. Društvo kot skrbnik spletne strani in upravljalec imenika strokovnjakov, ki izvajajo VKT, ne odgovarja za resničnost in verodostojnost podatkov. Dejavnost spodaj podpisani/a strokovnjak/inja izvajam v skladu z etičnim kodeksom svoje stroke in ostalimi predpisi, ki urejajo dejavnost na mojem področju dela – z objavo podatkov na spletni strani društva se na društvo v nobenem primeru ne prenašajo nobene odgovornosti, niti pravne niti finančne. Vsako leto ob plačilu članarine za tekoče leto bom na naslov DVKT Slovenije posredoval/a potrdila o usposabljanjih s področja VKT.*

*Posamezniki, ki svojo dejavnost oglašujejo na drugih spletnih straneh, so sami dolžni poskrbeti, da so njihovi nazivi pravilno navedeni.*

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Izpolnjen obrazec pošljite na e-naslov društva: dvktslovenije@gmail.com.