



ΚΥΠΡΙΑΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΔΙΑ ΕΓΓΥΗΣΕΩΣ
ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΝΘΕΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΛΤΔ ΑΡ. ΕΓΡ.: ΗΕ 242730 Α.Φ.Τ.: 12242730Ε

ΕΔΡΑ: Χριστοδούλου Καρύδη 20, 3031 Λεμεσός ■ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ: Θεσσαλονίκης 5, Εμπορικό Κέντρο Πλατύ, ΠΥΡΓΟΣ Β', 2^{ος} Όροφος Αρ. Β22, Αγλαντζιά ΛΕΥΚΩΣΙΑ ■ ΤΗΛ. 70005531, FAX 25 738199

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΒΡΑΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΙΨ

I. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥ

Επώνυμο:.....Όνομα:.....

Διεύθυνση

Επικοινωνίας:.....

.....

.....Τ.Κ.:.....

Τηλέφωνα

Επικοινωνίας:.....

EMAIL:.....

II. ΓΕΝΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΤΥΧΙΟ (ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ - ΣΧΟΛΗ - ΤΜΗΜΑ):

.....

.....

.....

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ: -

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ (ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ- ΣΧΟΛΗ – ΤΜΗΜΑ - ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ):

.....

.....

.....

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΠΟΥΔΩΝ: -

III. Επιλέξτε το είδος της εκπαίδευσης που επιθυμείτε (Σημειώστε V κατά βούληση)

A. Πρακτική άσκηση σε:

	Παρακολούθηση Θεραπείας	Παροχή Θεραπείας
A1 Κέντρο απεξάρτησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2 Υπηρεσία Τηλε-στήριξης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3 Άτομα με χρόνιες σωματικές παθήσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4 Ανήλικα άτομα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σημειώστε τον ελάχιστο αριθμό ωρών που επιθυμείτε να αποκτήσετε πρακτική άσκηση:
Σημειώστε τον ελάχιστο αριθμό ωρών που επιθυμείτε να λάβετε εποπτεία της πρακτικής σας άσκησης:
.....

B. Συμμετοχή σε ομάδες προσωπικής ανάπτυξης

Γ. Παρακολούθηση σεμιναρίων στις πιο κάτω θεματολογίες:

Γ1 Μαθησιακές Δυσκολίες - Διερεύνηση/Αποκατάσταση	<input type="checkbox"/>
Γ2 Διαγνωστική μέσω DSM	<input type="checkbox"/>
Γ3 Βασικές Δεξιότητες Συμβουλευτικής	<input type="checkbox"/>
Γ4 Εναλλακτικές μορφές Θεραπείας (π.χ. Παιδικό ιχνογράφημα, Ύπνωση)	<input type="checkbox"/>
Γ5 Ψυχομετρικά εργαλεία Ελληνικής στάθμισης	<input type="checkbox"/>
Γ6 Προβλήματα ομιλίας – Διερεύνηση/Αποκατάσταση μέσω ακουσανάδρασης	<input type="checkbox"/>
Γ7 Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής – Διερεύνηση/Αποκατάσταση	<input type="checkbox"/>

Δ. Παρακολούθηση Σεμιναρίου/ων Προκήρυξης με αριθμό/ους:

.....

Τίτλος/οι Σεμιναρίου/ων:

.....

.....

IV. Βεβαιώνω ότι είμαι σε θέση να ανταποκριθώ στις οικονομικές απαιτήσεις του ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ σύμφωνα με τις προϋποθέσεις του Οδηγού Σπουδών και να διαθέσω το απαιτούμενο χρόνο για την εκπλήρωση των εκπαιδευτικών μου υποχρεώσεων.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:.....