**АНКЕТА**

**1. Личные данные**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О.: |  | Пол: |  |
| Дата рождения: |  | Место рождения: |  |
| Паспорт: |  | Выдан: |  |
|  | Код подр.: |  |
| Адрес (для корреспонденции, с индексом): |  |
|  |
| Телефон: |  | E-mail: |  |
| Образование, специализация |  |
| Подтверждающий документ |  |
| Место работы: |  |  |
|  |
| Адрес, рабочий e-mail: |  |
| Должность: |  |  |

**2. Посещенные семинары по КБТ**

Вводные семинары по основам КБТ и концептуализации (название, дата, ведущий, кол-во часов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие семинары из цикла обучения КБТ (2 штуки) (название, дата, ведущий, кол-во часов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Интервизии в региональных отделениях АКБТ**

Укажите даты и региональное отделение, в которых вы принимали участие в 4 интервизиях

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Рекомендации от 3 действующих членов АКБТ**

Укажите фамилии 3 действующих членов, кто дает вам рекомендацию для вступления

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Рекомендация аккредитованного супервизора EABCT\***

\* этот пункт заменяет пункты 3 и 4. Если вы заполнили пункты 3 и 4, то этот не нужен.

Укажите фамилию аккредитованного супервизора EABCT, который составил вам рекомендательное письмо для вступления, и приложите скан письма к документам

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Правильность заполненных данных подтверждаю,
Согласен на использование моих персонифицированных данных Ассоциацией в рамках ее Устава

|  |  |
| --- | --- |
| ***Подпись:*** |  |

***Президенту Ассоциации***

***когнитивно-бихевиоральных***

***терапевтов Бурдину М.В.***

*от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Фамилия, инициалы*

ЗАЯВЛЕНИЕ

от физического лица

Прошу Вас принять меня в Члены Ассоциации когнитивно-бихевиоральных терапевтов (далее Ассоциация). Обязуюсь соблюдать Устав Ассоциации, нести предусмотренные в нем права и исполнять обязанности Члена Ассоциации.

С текстом Устава Ассоциации ознакомлен и согласен.

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_