**ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ НА АККРЕДИТАЦИЮ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ЗАЯВИТЕЛЬ:** |  |
| **ДАТА ПОДАЧИ ЗАЯВКИ:** |  |
| **ДАТА РАССМОТРЕНИЯ ЗАЯВКИ:** |  |
| **ЧЛЕНЫ КОМИТЕТА:** |  |

**ВЫПОЛНЕНИЕ КРИТЕРИЕВ АККРЕДИТАЦИИ АКБТ (РАЗРАБОТАННЫМИ В СООТВЕТСТВИИ С ЕВРОПЕЙСКИМИ СТАНДАРТАМИ EABCT)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | КРИТЕРИЙ | ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ | ВЫПОЛНЕНИЕ КРИТЕРИЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАЯВИТЕЛЕМ) | РЕЗЮМЕ ЧЛЕНА АККРЕДИТАЦИОННОГО КОМИТЕТА / КОММЕНТАРИИ |
| 1 | БАЗОВОЕ ОБРАЗОВАНИЕ | Завершение соответствующего базового образования в области психического здоровья |   |  |
| 2 | ОБРАЗОВАНИЕ В КБТ | 450 часов обучения теории и практики КБТ, включая минимум 200 часов обучения (в режиме реального времени) в аккредитованной АКБТ программе |  |  |
| 3 | КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА КПТ | 200 часов клинической практики с не менее чем 8 клиентами, которые прошли успешную терапию от начала до конца, с не менее чем 3 различными проблемами и общей продолжительностью терапии не менее 5 сеансов |  |  |
| 4 | СУПЕРВИЗИИ | Минимум 45 часов супервизии с аккредитованным супервизором, использованием аудио/видеозаписей как минимум в 2 случаях. |  |  |
| 5 | ОЦЕНКА СЛУЧАЕВ  | Минимум 45 часов супервизии с аккредитованным супервизром с использованием аудио/видеозаписей как минимум в 2 случаях. |  |  |
| 6 | ОЦЕНКА АУДИО ЗАПИСЕЙ СЕССИИ | Оценка двух сессионных аудио/видео записей по шкале ACCS |  |  |
| 7 | ОБЩАЯ ОЦЕНКА КОМПЕТЕНТНОСТИ В ОБЛАСТИ КБТ | Оценка соискателя по шкале компетенций КБТ |  |  |
| 8 | КОММЕНТАРИИ/ РЕКОМЕНДАЦИИ СУПЕРВИЗОРА ОТНОСИТЕЛЬНО АККРЕДИТАЦИИ | Рекомендация супервизора относительно аккредитации в качестве терапевта КПТ |  |  |
| 9 | СОБЛЮДЕНИЕ ЭТИЧЕСКИХ СТАНДАРТОВ | Соблюдение этических стандартов АКБТ, экзамен по этике |  |  |

**Подписывая этот документ, я подтверждаю, что данные и документы, предоставленные для аккредитации, являются подлинными. Я понимаю, что в случае предоставления недостоверной информации, а также нарушения этических норм мне может быть отказано в аккредитации или она может быть отозвана.**

**Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **РЕШЕНИЕ АККРЕДИТАЦИОННОЙ КОМИССИИ АКБТ:** |  |

**ПОДПИСИ ЧЛЕНОВ КОМИССИИ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**