bhidapa.ba
info@bhidapa.ba
Emerika Bluma 9a
71 000 Sarajevo
+387 61 773 887
+387 33 744 634
UniCredit: 3387302238277714
RBBH: 1610000134890054

Obrazac 15A.

IZJAVA O UPOZNATOSTI S USLOVIMA PRIZNAVANJA SATI PSIHOTERAPIJE I SUPERVIZIJE

Ja, _____,

(Ime i prezime edukanta/edukantice)

izjavljujem da sam putem Ugovora o edukaciji, kurikuluma i informacija koje mi je pružio edukacijski tim BHIDAPA Akademije za psihoterapiju upoznat/a s uslovima priznavanja sati individualne i grupne psihoterapije te supervizije u okviru edukacije.

Upoznat/a sam s mogućnošću obavljanja navedenih aktivnosti kod psihoterapeuta i supervizora koje je Akademija uvrstila na spisak objavljen na svojoj službenoj internetskoj stranici.

Razumijem da moj individualni psihoterapeut ne može istovremeno biti i moj supervizor te da ove dvije profesionalne uloge moraju biti jasno razgraničene.

U slučaju odabira psihoterapeuta i/ili supervizora koji nije na objavljenom spisku, dužan/a sam provjeriti ispunjava li odabrana osoba uslove Akademije za priznavanje sati, odnosno posjeduje li, prema evropskim propozicijama potrebne kvalifikacije, certifikate ili akreditacije, zasebno za psihoterapeuta i supervizora.

Razumijem da sati obavljeni kod osobe koja ne ispunjava navedene uslove neće biti priznati kao dio obaveza u okviru edukacije.

Potpisom potvrđujem da sam upoznat/a s navedenim uslovima i posljedicama njihovog neispunjavanja.

Mjesto i datum: _____

Potpis edukanta/ice: _____

Napomena: Molimo da potpisanu i skeniranu izjavu dostavite e-mailom koordinatoru za studentska pitanja na adresu adi.grebovic@akp.ba ili na info@academy.bhidapa.ba