## Β5. ΑΡΧΕΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΔΙΑΡΚΟΥΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΔΠΨΥ)

**Α. ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ**

Για σκοπούς ανανέωσης του Πιστοποιητικού, σύμφωνα με τους κανονισμούς, απαιτείται ο επαγγελματίας να αποστείλει αποδεικτικά συνεχόμενης ανεξάρτητης άσκησης του επαγγέλματος του ψυχολόγου για περίοδο τουλάχιστον τεσσάρων ετών από το σύνολο των επτά ετών που κατείχε την Πιστοποίηση. Ο επαγγελματίας αναμένεται να έχει συγκεντρώσει τουλάχιστον 400 ώρες παροχής ψυχολογικών υπηρεσιών ανά έτος, οριζόμενες κατά μέσο όρο σε περίοδο τουλάχιστον 4$^{ων}$ από τα τελευταία 7 έτη.

Ο/Η αιτών/αιτούσα συμπληρώνει και υπογράφει το έντυπο και στη συνέχεια το αποστέλλει ηλεκτρονικά σε επαγγελματία της επιλογής του/της ο/η οποίος/α θα πρέπει να συμπληρώσει και να υπογράψει τη σχετική επιβεβαίωση για την ορθότητα των αναφορών του/της αιτούντος/αιτούσας στον ακόλουθο πίνακα.

***Σημείωση*** - Οι υπογραφές του/της αιτούντος/αιτούσας και του/της επαγγελματία που επιβεβαιώνει την ορθότητα των αναφερόμενων θα πρέπει να είναι ιδιόχειρες και να αποστέλνονται σε σαρωμένο αρχείο.

**Β. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ -** Συμπληρώνεται από τον/την αιτούντα/αιτούσα

| | | |
|---|---|---|
| **1. ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ Πιστοποιημένου Ψυχολόγου** | | |
| **2. ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΩΡΩΝ Δ.Π.Ψ.Υ. για όλα τα έτη** | | |
| **3. Υπεύθυνη Προσωπική Δήλωση –** Δηλώνω υπεύθυνα ότι η καταγραφή των ωρών Δ.Π.Ψ.Υ. που παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα είναι ακριβής και αληθής. | **Υπογραφή** | |
| | **Ημερομηνία** | |

**Γ. ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΟΡΘΟΤΗΤΑΣ ΑΠΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΟ –** Συμπληρώνεται από άλλο επαγγελματία

Ευχαριστούμε που συμφωνήσατε να επιβεβαιώσετε την ορθότητα των αναφερόμενων του/της αιτούντος/αιτούσας ο/η οποίος/α έχει υποβάλει αίτηση προς την Εθνική Επιτροπή Κύπρου για την ανανέωση του Ευρωπαϊκού Πιστοποιητικού EuroPsy. Ενδέχεται να επικοινωνήσουμε μαζί σας αν κριθεί αναγκαίο. Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τις πληροφορίες που ζητούνται στο Μέρος Γ και υπογράψετε το έντυπο. Ευχαριστούμε για τη συνεργασία.

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ**

| | | |
|---|---|---|
| 1. Ονοματεπώνυμο | | |
| 2. Θέση/Τίτλος | | |
| 3. Διεύθυνση Εργασίας | | |
| 4. Αρ. Τηλεφώνου Επικοινωνίας: | | |
| 5. Ηλεκτρονική Διεύθυνση Επικοινωνίας: | | |
| 6. Έτος και Αριθμός Εγγραφής στο Μητρώο Επαγγελματιών Ψυχολόγων Κύπρου | | |
| 7. Αριθμός ετών ανεξάρτητης άσκησης του επαγγέλματος του Ψυχολόγου | | |
| **Υπεύθυνη Δήλωση –** Δηλώνω υπεύθυνα ότι η καταγραφή των ωρών Δ.Π.Ψ.Υ. που παρουσιάζονται στον πιο κάτω πίνακα είναι ακριβής και αληθής. | **Υπογραφή** | |
| | **Ημερομηνία** | |

| **Δ. ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΠΙΝΑΚΑ** (παρακαλώ χρησιμοποιήστε για τη συμπλήρωση του πίνακα που ακολουθεί) |
|---|
| **ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**<br>Ψυχολογικές υπηρεσίες σημαίνει εκείνες οι υπηρεσίες που παρέχει ανεξάρτητα ο επαγγελματίας και απαιτούν άδεια άσκησης επαγγέλματος ψυχολόγου και διαφοροποιούνται από άλλες επαγγελματικές δραστηριότητες (π.χ. διδασκαλία, έρευνα, κλπ.) που δεν απαιτούν άδεια άσκησης επαγγέλματος ψυχολόγου. Οι ψυχολογικές υπηρεσίες μπορούν να προσφερθούν σε άτομα, οικογένειες, ομάδες, συστήματα, οργανισμούς, ή το κοινό. Οι δραστηριότητες μπορούν να περιλαμβάνουν τις πιο κάτω ψυχολογικές υπηρεσίες (η λίστα δεν είναι εξαντλητική).<br><br>i. Ψυχολογική αξιολόγηση<br>ii. Ψυχολογική παρέμβαση<br>iii. Ψυχολογική συνεργατική συμβουλευτική / consultation<br>iv. Ανάπτυξη και αξιολόγηση ψυχολογικών προγραμμάτων<br>v. Κλινική εποπτεία ψυχολόγων<br>vi. Ψυχολογική ανταπόκριση σε κρίσιμα συμβάντα<br>vii. Ειδήμων ψυχολογική εμπειρογνωμοσύνη<br>viii. Σχεδιασμός ψυχολογικών μεθόδων πρόσληψης και αξιολόγησης προσωπικού<br>ix. Άλλη ψυχολογική δραστηριότητα (περιγράψτε) |
| **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ EUROPSY***<br>1. Υγείας/Κλινικό<br>2. Εκπαιδευτικό/Σχολικό<br>3. Εργασιακό/Οργανωσιακό<br>4. Αθλητικό<br>5. Άλλο – παρακαλώ διευκρινίστε π.χ. δικανικό κλπ. |

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΩΡΩΝ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΔΠΨΥ)**

*(Συμπληρώστε τη σελίδα αυτή για κάθε ένα από τα 7 χρόνια πιστοποίησης (μόνο ένα έτος ανά σελίδα)*

| **Όνομα** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Έτος υπό αναφορά** | | | | | |
| **Α/Α** | **Ημερομηνία Περίοδος (ΜΜ-ΧΧΧΧ - ΜΜ-ΧΧΧΧ)** | **Περιγραφή Δραστηριότητας (πληθυσμός, είδος υπηρεσίας κλπ.)** | **Φορέας** | **Πλαίσιο Άσκησης*** ***(1-5)*** | **Σύνολο Ωρών ανά έτος** |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | **ΣΥΝΟΛΟ ΩΡΩΝ ΔΠΨΥ** | |