Κυπριακή Εθνική Επιτροπή Απονομής EuroPsy

Β1(i). ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΣΙΚΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΤΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ EUROPSY

Παρακαλούμε συμπληρώστε το έντυπο με κεφαλαία γράμματα

1. ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επίθετο		Όνομα, Μεσαίο Όνομα, άλλα Αρχικά	
Διεύθυνση Επικοινωνίας		Τηλέφωνο Επικοινωνίας 1	
Τηλέφωνο Επικοινωνίας 2		Email Επικοινωνίας	

2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ/ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΩΜΑΤΑ

Μέλος του Συνδέσμου Ψυχολόγων Κύπρου (ΣΨΚ) (Σημειώστε √)	❑ Ναι ❑Όχι	Αριθμός μέλους ΣΨΚ (αν είναι διαθέσιμος)	
Αριθμός Εγγραφής στο Μητρώο Επαγγελματιών Ψυχολόγων Κύπρου*		Ημερομηνία πρώτης εγγραφής	

*** ΣΤΑΜΑΤΗΣΤΕ! Μην συμπληρώσετε το υπόλοιπο έντυπο αν δεν είστε εγγεγραμμένοι επαγγελματίες ψυχολόγοι στην Κύπρο. Επικοινωνήστε με την Εθνική Επιτροπή Απονομής για περισσότερες πληροφορίες.**

3. ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ/ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Παρακαλούμε αναφέρετε την πανεπιστημιακή σας εκπαίδευση στην Ψυχολογία ξεκινώντας από τον πιο πρόσφατο τίτλο. Επισυνάψετε πιστοποιημένα αντίγραφα όλων των ακαδημαϊκών σας προσόντων.

Ακαδημαϊκός Τίτλος (Τίτλος Πτυχίου) π.χ. BA, MSc κ.λπ.	Θέμα Πτυχίου (Ακριβής Ειδικότητα όπως αναγράφεται στον Τίτλο Σπουδών)	Τμήμα από το οποίο απονεμήθηκε ο Τίτλος	Πανεπιστήμιο από το οποίο απονεμήθηκε ο Τίτλος (Όνομα, Πόλη, Χώρα)	Ημερ. Έναρξης (ΜΜ/ΧΧ)	Ημερ. Απονομής (ΜΜ/ΧΧ)	Συνολικός Αριθμός ECTS/Πιστωτικών Μονάδων (Διευκρινίστε)

4. ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΥΠΟ ΕΠΟΠΤΕΙΑ/ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΗ ΑΣΚΗΣΗ ΩΣ ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Αναφέρετε την τυπικά αναγνωρισμένη εποπτευόμενη πρακτική άσκηση (placement, stage, practicum, internship κ.λπ.) που ολοκληρώθηκε στον τομέα του επαγγελματικού σας πεδίου *αρχίζοντας από την πιο πρόσφατη.* Απαιτείται τεκμηρίωση για τουλάχιστον 15 ECTS ή περίπου 375 ώρες πρακτικής άσκησης στη δεύτερη φάση εκπαίδευσης (εντός του προγράμματος σπουδών) και για *τουλάχιστον ένα έτος εποπτευόμενης άσκησης* (60 ECTS ή περίπου 1500 ώρες) στην τρίτη φάση (εντός ή εκτός του προγράμματος σπουδών). Επισυνάψετε τα απαραίτητα τεκμήρια και έντυπα που απαιτούνται στη λίστα ελέγχου υποβολής της αίτησης. Ενημερώστε τους επόπτες σας ότι ενδέχεται να γίνει επικοινωνία μαζί τους για περαιτέρω γραπτή αναφορά σχετικά με τις περιόδους και το περιεχόμενο της πρακτικής άσκησης σας.

Όνομα Φορέα/Οργανισμού Διεύθυνση, Χώρα	Επαγγελματικό Πεδίο EuroPsy*	Ημερ. Έναρξης ΜΜ/ΜΜ/ΧΧ	Ημερ. Ολοκλήρωσης ΜΜ/ΜΜ/ΧΧ	Όνομα και Επαγγελματικά Προσόντα Επόπτη	Στοιχεία επικοινωνίας Επόπτη (email, διεύθυνση και αριθμός τηλεφώνου)	Πλαίσιο Πρακτικής (π.χ. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα)	Σύνολο Ωρών Εποπτευόμενης Πρακτικής Άσκησης
ΤΕΛΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ Ωρών Εποπτευόμενης Πρακτικής Άσκησης							

*Το επαγγελματικό πεδίο EuroPsy στο οποίο εκπαιδευτήκατε (1. Υγείας/Κλινικό Πλαίσιο, 2. Εκπαιδευτικό/Σχολικό Πλαίσιο, 3. Εργασιακό/Οργανωσιακό Πλαίσιο, 4. Αθλητικό, 5. Άλλο Πλαίσιο (διευκρινίστε π.χ. δικανικό)

5. ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΜΟΔΙΟ ΝΟΜΙΚΟ ΣΩΜΑ – Συμπληρώνεται στο Απαραίτητο Έντυπο Β2.

6. ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με την υπογραφή αυτού του εντύπου υποβολής αίτησης:

1. Επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο φάκελο αίτησης είναι ολοκληρωμένες, πραγματικές και ορθές.

2. Σε περίπτωση έγκρισης συμφωνώ με τη δημοσίευση του ονόματος μου και άλλων προσωπικών πληροφοριών όπως αναφέρονται πιο πάνω στο Ευρωπαϊκό Μητρώο μελών μέχρι τη λήξη της περιόδου ισχύος του Πιστοποιητικού EuroPsy που θα μου απονεμηθεί.

3. Βεβαιώνω ότι έχω μελετήσει τον Κώδικα Δεοντολογίας του Συνδέσμου Ψυχολόγων Κύπρου και τον Ευρωπαϊκό Μετακώδικα Δεοντολογίας για Ψυχολόγους και συμφωνώ ότι θα δεσμεύομαι από αυτούς όσον αφορά την επαγγελματική μου δραστηριότητα ως Πιστοποιημένος Ψυχολόγος EuroPsy.

4. Κατανοώ ότι οι Κανονισμοί του EuroPsy απαιτούν συμμετοχή σε δράσεις Διαρκούς Επαγγελματικής Ανάπτυξης (ΔΕΑ) και ότι ως Πιστοποιημένος Ψυχολόγος EuroPsy δεσμεύομαι να συμμετέχω σε τουλάχιστον 40 ώρες ΔΕΑ ανά έτος και να τηρώ αρχείο τεκμηρίωσης για όλη τη διάρκεια πιστοποίησης στο πλαίσιο των επαγγελματικών δράσεων που περιλαμβάνουν:
    1. Πιστοποιημένη παρουσία και παρακολούθηση εγκεκριμένων μαθημάτων ή/και εργαστηρίων, πού αποσκοπούν στη περαιτέρω επαγγελματική ανάπτυξη (μέγιστο 60%)
    2. Πιστοποιημένη παρουσία σε επαγγελματική ή επιστημονικά συνέδρια (μέγιστο 20%)
    3. Ανάπτυξη νέων ειδικών δεξιοτήτων μέσω άσκησης στην εργασία (μέγιστο 20%).
    4. Πιστοποιημένη συμμετοχή σε συναντήσεις επαγγελματικής ανταλλαγής απόψεων / εποπτείας ομότιμων (peer supervision / intervision) (μέγιστο 20%)
    5. Πιστοποιημένη συμμετοχή σε εποπτεία (μέγιστο 30%)
    6. Πιστοποιημένη εργασία ως επόπτης (μέγιστο 20%)
    7. Διδασκαλία μαθημάτων ψυχολογίας ως επαγγελματίας εν ενεργεία ψυχολόγος (μέγιστο 20%)

8. Συγγραφή ή συν-συγγραφή και/ή επιμέλεια εκδόσεων ερευνητικών και/ή επαγγελματικών θεμάτων (μέγιστο 30%).
9. Επιμέλεια εκδόσεων περιοδικών και βιβλίων στην ψυχολογία (μέγιστο 20%)

Σημείωση 1: Για την ανανέωση του EuroPsy το άθροισμα των τεσσάρων τελευταίων κατηγοριών (δηλ. σημείων 6 - 9) δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 60%
Σημείωση 2: Οι 40 ώρες να είναι εμφανώς τεκμηριωμένες με αποδεικτικά.

Υπογραφή Αιτούντος/Αιτούσας: **Ημερομηνία:**

7. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Κατανοώ και συμφωνώ ότι τα προσωπικά μου στοιχεία που περιλαμβάνονται σε αυτό το Έντυπο Υποβολής Αίτησης θα τηρούνται από το Σύνδεσμο Ψυχολόγων Κύπρου (ΣΨΚ) σε ασφαλές μέρος, τηρουμένων όλων των διαδικασιών εμπιστευτικότητας, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία προστασίας προσωπικών δεδομένων. Μόνο τρέχοντα μέλη της Εθνικής Επιτροπής Απονομής EuroPsy του ΣΨΚ θα έχουν πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες, αυστηρά για σκοπούς απονομής του Πιστοποιητικού EuroPsy. Ο ΣΨΚ ενδέχεται να αξιοποιήσει τις πληροφορίες που παρέχονται σε αυτό το έντυπο για ανώνυμες στατιστικές αναφορές π.χ. στην EFPA, όπως επίσης και για τη λειτουργική επικοινωνία με τα μέλη του που είναι Πιστοποιημένα με EuroPsy για θέματα που αφορούν το EuroPsy. Τα άτομα έχουν το δικαίωμα πρόσβασης και διόρθωσης στα προσωπικά δεδομένα που τηρούνται από τον ΣΨΚ και έχουν το δικαίωμα να απαγορεύσουν την χρήση τους για σκοπούς άμεσης προώθησης και διαφήμισης.

Ο ΣΨΚ ενδέχεται, ανά διαστήματα, να προβαίνει σε ενημερώσεις εκ μέρους παροχέων προϊόντων ή υπηρεσιών που θεωρούνται σχετικά με τα επαγγελματικά ενδιαφέροντα. **Εάν επιθυμείτε να συμπεριληφθείτε στη λίστα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου του ΣΨΚ και να λαμβάνετε αυτές τις ενημερώσεις παρακαλώ σημειώστε √**

- ❑ **Ναι, επιθυμώ να λαμβάνω γενικότερη ενημέρωση από το ΣΨΚ**

Υπογραφή Αιτούντος/Αιτούσας: **Ημερομηνία**: