

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking re-accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o odnowienie certyfikatu
EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego



APPLICATION FOR RE-ACCREDITATION
AS A CBT THERAPIST
WNIOSEK O ODNOWIENIE CERTYFIKATU EABCT

PLEASE FILL IN ENGLISH except the proper names (also degrees, positions and institutions) that may remain in Polish *Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, w języku angielskim, pozostawiając w języku polskim nazwy własne, nazwy stopni stanowisk i tytułów naukowych.*

Name Imię i nazwisko	
Title Tytuł	
Profession Zawód	
Job Title Tytuł zawodowy	
Address Adres zamieszkania	
Work Tel. Telefon	
Information and contact details to be put on the PTTPB webpage (Polish and English) Informacje i dane kontaktowe do zamieszczenia na stronie internetowej PTTPB (w języku polskim i angielskim)	
Mobile Tel Telefon komórkowy.	
email	

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking re-accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o odnowienie certyfikatu
EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

Core Professional Training *Wykształcenie*

Do you have a Core Professional Qualification, i.e. are you qualified in one of the recognized helping professions such as clinical psychology, counseling, nursing, medicine in which you have received training in the basics of psychotherapy? (CBT is not a core profession but a modality).

Czy uzyskał/a Pan/i wykształcenie w jednej z poniższych dziedzin, takich jak: psychologia kliniczna, medycyna, pielęgniarstwo, a program studiów uwzględnił podstawy psychoterapii (Szkolenie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej nie jest rozumiane, jako dziedzina, lecz jako modalność)?

Please tick only one of the core professions below which is your main core profession in which you are qualified:

Proszę zaznaczyć tylko jedną z dziedzin, w której uzyskał/a Pan/i potwierdzone dyplomem wykształcenie

Psychology (*psychologia*)

- Clinical Psychology (*psychologia kliniczna*)
- Counseling Psychology (*poradnictwo psychologiczne*)
- Educational Psychology (*pedagogika*)
- Forensic Psychology (*psychologia sądowa*)
- Health Psychology (*psychologia zdrowia*)
- Occupational Psychology (*psychologia pracy*)
- Sport & Exercise Psychology (*psychologia sportu*)
- Other Psychology (please state) (*inne - proszę wymienić*): _____

Psychiatry (*psychiatria*)

- Psychiatrist (*specjalizacja z psychiatrii*):

Medicine (*medycyna*)

- General Practice (*medycyna ogólna*)
- Other Medicine with psychotherapy training (please state) (*inne - proszę wymienić*): _____

Nursing (*pielęgniarstwo*)

- Mental Health Nursing (*pielęgniarstwo psychiatryczne*)
- Other Nursing with psychotherapy training (please state) (*inne specjalności pielęgniarские*): _____

Allied Health Professions (*zawody związane ze służbą zdrowia*)

- Occupational Therapy (*terapia zajęciowa*)
- Other eg Speech, Physio (please state) (*inne rodzaje terapii – fizjoterapia, logopedia, proszę wymienić*): _____

Other Helping Professions (*inne zawody związane z pomocą*)

- Counseling (*poradnictwo*)
- Social Work (*pracownik społeczny*)
- Special Education/Needs – Teaching with additional psychotherapy training (*pedagogika specjalna z dodatkowym szkoleniem w psychoterapii*)
- Clergy (*duchowieństwo*)
- Other with psychotherapy training (please state) (*inne, proszę wymienić*): _____

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking re-accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o odnowienie certyfikatu
EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

Academic and professional qualifications applicable to the above [only include those relevant to Core Profession]. *Proszę wymienić tylko te kwalifikacje, które związane są z Pani/Pana wykształceniem określonym w opisie kwalifikacji zawodowych na poprzedniej stronie*

Dates from and to <i>Daty od-do</i>	Qualification <i>Kwalifikacje</i>	Awarding Body / Institution <i>Instytucja potwierdzająca uzyskanie kwalifikacji</i>

Certificates of above qualifications must be provided. Please attach the copy. Do not send originals.
Proszę załączyć kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie w/w kwalifikacji. Proszę nie przysyłać oryginałów

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking re-accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o odnowienie certyfikatu
EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

CURRENT CBT Practice *Bieżąca praktyka w psychoterapii poznawczo-behawioralnej*

Give details of your practice since the cognitive-behavioural therapy license – the EABCT Certificate or over the last 5 years including client population and setting:

Proszę opisać Pani/Pana praktykę psychoterapeutyczną (pracę z pacjentem/klientem) od momentu uzyskania Certyfikatu Psychoterapeuty EABCT lub w ciągu ostatnich pięciu lat)

Dates <i>daty</i>	Professional Position <i>stanowisko</i>	Employed by: or Private Practice <i>Pracodawca, lub nazwa praktyki prywatnej</i>	Professionally accountable to: <i>Imię i nazwisko przełożonego</i>	Client population <i>Rodzaj pacjentów/klient ów (np dorośli, dzieci i młodzież, specyficzne zaburzenia)</i>	Clinical Setting <i>(rodzaj terapii – indywidualna/grup owa; stacjonarna/ambu latoryjna itp)</i>	Full time or hours per week <i>(liczba godzin w tygodniu)</i>	Total % involving CBT <i>(odsetek czasu poświęcony na prowadzenie psychoterapii w nurcie poznawczo- behawioralnym - nie obejmuje: elementów terapii poznawczo behawioralnej w przebiegu farmakoterapii, czy terapii innych podejść)</i>

Enclose a copy of relevant document or other evidence (proszę załączyć kopię odpowiednich dokumentów potwierdzających – zaświadczenie o prowadzeniu własnej praktyki lub o zatrudnieniu)

State the proportions of **CBT** time spent on Clinical Practice /Supervision/ Teaching/ Consultation/ Other (state) since the EABCT Certificate or over the last 5 years

Proszę określić, jaki procent czasu poświęconego na terapię poznawczo-behawioralną (od uzyskania certyfikatu EABCT lub w ciągu ostatnich pięciu lat) zajmuje praktyka kliniczna/ superwizja/ nauczanie/ konsultacje/ inne działania (jakie?)

Clinical Practice <i>Praktyka kliniczna</i>	% =
Supervision of others <i>Superwizja pracy innych terapeutów</i>	% =
Teaching <i>Nauczanie</i>	% =
Consultancy <i>Konsultacje</i>	% =
Receiving Training <i>Kształcenie się</i>	% =
Other <i>Inne</i>	
Additional comments on practice <i>Komentarz</i>	

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking re-accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o odnowienie certyfikatu
EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

CBT Training AFTER the EABCT License

Szkolenie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej PO uzyskaniu Certyfikatu EABCT

Detail any behavioural and/or cognitive therapy courses / seminars / workshops / lectures / placements that you have completed **after** receiving your EABCT Certificate/License

Dodatkowe szkolenia, warsztaty, konferencje i kursy w terapii poznawczo-behawioralnej ukończone PO uzyskaniu Certyfikatu EABCT. Wymagane jest 20 godzin na rok, w sumie 100 godzin.

Dates from and to <i>DATY</i>	Hours THEORY <i>Liczba godzin TEORII</i>	Hours SKILLS <i>Liczba godzin kształcenia UMIĘJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH</i>	Qualification/ <i>Uzyskane kwalifikacje</i>	Teacher <i>Prowadzący szkolenie</i>	Awarding Body Institution <i>Instytucja</i>

Enclose a copy of relevant certificates or other evidence (proszę załączyć kopię dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia)

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking re-accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o odnowienie certyfikatu
EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

C/BT Clinical Supervision

Superwizja praktyki klinicznej w terapii poznawczej/ behawioralnej

Detail your **CBT clinical** supervision in the last 5 years or after obtaining your EABCT Certificate

Proszę podać dane dotyczące superwizji Pani/Pana praktyki w ciągu ostatnich pięciu lat lub od czasu uzyskania Certyfikatu EABCT. Uwaga: superwizja dotyczy terapii poznawczo-behawioralnej. Wymagane jest minimum 15 godzin superwizji w ciągu 5 lat, z czego minimum połowa powinna być prowadzona przez superwizora-dydaktyka PTTPB, jako superwizja indywidualna lub grupowa; pozostałe godziny mogą być zaliczone w ramach superwizji zespołowej (peer supervision – zespół minimum 3 certyfikowanych terapeutów PTTPB).

Dates from & to <i>Czas od - do</i>	Individual Group, Peer Review <i>Superwizja indywidualna/ grupowa/ zespołowa</i>	Name of Supervisor, or Number of People in Group & Name of Facilitator of Group <i>Imię i nazwisko superwizora, i/lub liczba osób w grupie oraz nazwisko koordynatora superwizji zespołowej</i>	Frequency of Meetings / Contact <i>Częstość spotkań/ kontaktu</i>	Duration of Meetings / Contact <i>Czas trwania każdego spotkania/ kontaktu</i>	Content <i>Przedmiot spotkania</i>

Enclose a copy of evidence (proszę załączyć kopię dokumentów potwierdzających odbyte superwizje)

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking re-accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o odnowienie certyfikatu
EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

Other criteria **Inne informacje**

OTHER RELEVANT INFORMATION ON TEACHING, DISSEMINATION OF KNOWLEDGE OF EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPY, ACADEMIC ACHIEVEMENTS WITHIN CBT, LIST OF PUBLICATIONS, SUPERVISION OF OTHERS

INNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PANI/ PANA DZIAŁALNOŚCI EDUKACYJNEJ, NAUKOWEJ I ORGANIZACYJNEJ W OBSZARZE TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ I PSYCHOTERAPII OPARTEJ NA DANYCH NAUKOWYCH, LISTA PUBLIKACJI, DZIAŁALNOŚĆ SUPERWIZORSKA

Please attach the relevant description *Proszę załączyć odpowiednie punkty*

Receiving EABCT Re-Accreditation via Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) is possible only for the full Members of PTTPB who:

O odnowienie Certyfikatu EABCT mogą ubiegać się za pośrednictwem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) członkowie zwyczajni PTTPB, którzy:

- have the License of Cognitive Behavioural Therapist by PTTPB and EABCT Certificate (attach copy)
posiadają certyfikat terapeuty Poznawczo-Behawioralnego PTTPB i certyfikat EABCT (proszę załączyć kopię)
- CBT has been the main area of clinical psychotherapeutic practice after obtaining the EABCT Certificate (Professional Practice)
od momentu uzyskania certyfikatu EABCT stosują psychoterapię poznawczo-behawioralną jako główne podejście psychoterapeutyczne w ramach prowadzonej praktyki psychoterapeutycznej (praktyka)
- Improve their qualifications in CBT by participation in workshops, lectures, seminars
doskonala wiedzę i umiejętności kliniczne w terapii poznawczo-behawioralnej
- Conduct their clinical work under supervision
poddają superwizji praktykę terapeutyczną
- Have the Membership fee for PTTPB paid until the year of application (attach the statement)
mają uregulowane składki członkowskie PTTPB od momentu uzyskania certyfikatu PTTPB włącznie z opłatą za rok ubiegania się o odnowienie Certyfikatu EABCT (proszę załączyć oświadczenie)
- Have paid the EABCT Re-Accreditation fee (attach the copy of the payment)
wniosły opłatę za odnowienie certyfikatu EABCT (kopia dowodu wpłaty w załączeniu)

Enclosed to the Application (please list) *Załączniki (proszę wymienić)*

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Signed Podpis

[Please print your name] Imię i nazwisko

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____