**ФОРМА ЗАЯВКИ НА УЧАСТЬ У ПРОГРАМІ ДЛЯ МІСЦЕВИХ ПСИХОЛОГІВ / СУПЕРВІЗОРІВ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ПІБ** |  |
| **Контактний телефон, електронна пошта** |  |
| **Дата народження** |  |
| **Місце проживання (населений пункт, область)** |  |
| **Освіта та спеціальність** |  |
| **Місце роботи та посада** |  |
| **Вкажіть кількість років роботи за спеціальністю** |  |
| **Вкажіть посаду, на яку Ви претендуєте** | Психолог у населеному пункті (вкажіть в якому саме)  Супервізор в області (вкажіть в якій саме) |
| **Опишіть Ваш досвід у наданні психосоціальних послуг населенню, з якими категоріями населення Ви працювали? Чи маєте досвід роботи з ветеранами конфлікту на сході України?** |  |
| **Чи матимете Ви можливість прийняти учать у семінарі з питань травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії та міжнародної практики по роботі з ветеранами?** |  |
| **Опишіть, чому Ви зацікавились участю у програмі, що Вас мотивує та на які результати ви очікуєте?** |  |
| **Якщо Вас не оберуть як психолога/супервізора для проекту, чи готові Ви взяти участь у семінарі з питань травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії та міжнародної практики по роботі з ветеранами?** |  |
| **Чи маєте Ви особливі потреби або умови до уваги організаторів семінару (наприклад у харчуванні, наявність інвалідності і т.д.) ?** |  |