

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do udziału w superwizji grupowej dla osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie realizowanej przez Fundację PCPS - Poznańskie Centrum profilaktyki Społecznej na zlecenie Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w ramach realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego wynikającego z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020

województwo	
powiat	
gmina a w przypadku zgłoszenia grupy "łączonej" gminy	
Instytucja, w strukturze której działa zespół interdyscyplinarny - nazwa, adres, telefon, e-mail	
osoba do kontaktu (imię, nazwisko, nr telefonu, e-mail)	

Wykaz zgłaszanych pracowników stanowiących grupę superwizyjną  
*(nie mniej niż 6 i nie więcej niż 10 osób)*

Lp	Nazwisko i imię	Stanowisko	Instytucja	Członek ZI	Członek GR
1				TAK/NIE*	TAK/NIE*
2				TAK/NIE*	TAK/NIE*
3				TAK/NIE*	TAK/NIE*
4				TAK/NIE*	TAK/NIE*
5				TAK/NIE*	TAK/NIE*
6				TAK/NIE*	TAK/NIE*
7				TAK/NIE*	TAK/NIE*
8				TAK/NIE*	TAK/NIE*
9				TAK/NIE*	TAK/NIE*
10				TAK/NIE*	TAK/NIE*

\*) niepotrzebną odpowiedź proszę skreślić lub usunąć w edytorze tekstu  
w przypadku ręcznego wypełniania tabeli proszę zwrócić szczególną uwagę na czytelne wpisanie imion i nazwisk

Zgłaszane osoby dobrowolnie wyraziły zgodę na udział w superwizji	TAK/NIE*
Zgłaszane osoby w czasie spotkań superwizyjnych będą zwolnione ze świadczenia pracy	TAK/NIE*
Sala dydaktyczna położona jest poza siedzibami (budynkami), w których pracują uczestnicy superwizji	TAK/NIE*
Sala dydaktyczna jest wyposażona w rzutnik multimedialny i tablicę flipchart z blokiem piśmiennym	TAK/NIE*
Sala dydaktyczna zapewnia możliwość swobodnego ustawiania i przemieszczania krzeseł	TAK/NIE*
Przewidujemy zapewnienie przerwy kawowej dla uczestników superwizji	TAK/NIE*

\*) niepotrzebną odpowiedź proszę skreślić lub usunąć w edytorze tekstu

Miejsce realizacji superwizji (sala dydaktyczna) nazwa instytucji, adres, miejscowość, nr sali	
---	--

Oczekiwane cele superwizji (prosimy o <u>krótki</u> opis oczekiwań)
---

Oczekiwane rezultaty superwizji (prosimy o <u>krótki</u> opis oczekiwań)
--

Czy zespół aplikował w projekcie superwizyjnym realizowanym przez Fundację PCPS (PARPA-NPZ) w 2018 r.?

TAK\*  NIE\*

Czy zespół brał udział w projekcie superwizyjnym realizowanym przez Fundację PCPS (PARPA-NPZ) w 2018 r.?

TAK\*  NIE\*

Zespół znajduje się na terenie:

gminy wiejskiej\*  gminy miejsko-wiejskiej\*  gminy miejskiej\*

\*) niepotrzebną odpowiedź proszę skreślić lub usunąć w edytorze tekstu

Ewentualne uwagi i dodatkowe informacje od osoby wypełniającej zgłoszenie
---

Oświadczam, że zapoznałam się / zapoznałem się z regulaminem organizacji superwizji grupowej dla osób pracujących w obszarze przeciwdziałania przemocy w rodzinie w 2019 roku oraz akceptuję jego postanowienia

Wskazuję adres poczty elektronicznej / numer telefonu komórkowego

*(proszę wybrać tylko jedną z opcji)*

pod który organizator prześle potwierdzenie wpływu do fundacji formularza zgłoszeniowego:

e-mail pod adres:  **LUB**  SMS pod numer:

miejsowość, data i czytelny podpis lub podpis i pieczętka Przewodniczącej / Przewodniczącego zespołu interdyscyplinarnego lub upoważnionej osoby	
---	--

**Formularz zgłoszeniowy należy przesać w formie skanu wypełnionego i podpisanego dokumentu pod adres poczty elektronicznej: [superwizja@pcps.pl](mailto:superwizja@pcps.pl)**



Informacje dodatkowe:

W przypadku braku możliwości przesłania formularza pocztą elektroniczną

można skorzystać z alternatywnych metod:

faxem (24h) pod numer: 612230903

lub

pocztą tradycyjną pod adres: Fundacja PCPS, ul. Głogowska 27, 60-702 Poznań

- przy wysłaniu formularza pocztą tradycyjną proszę wziąć pod uwagę, że wiążąca jest dostarczenia przesyłki

Kontakt do koordynatora projektu:

tel. 511654246

superwizja@pcps.pl