



INSTYTUT PSYCHOLOGII ZDROWIA

Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

ul. Gęślarska 3, 02-412 Warszawa, ☎ 22 863-87-38, 22 863-90-97, 22 863-42-76, fax 22 863-42-75

<http://www.ipz.edu.pl>, e-mail: poczta@ipz.edu.pl

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 3 lat (.....) przeprowadziłem następujące zajęcia o charakterze edukacyjnym / szkoleniowym / konsultacyjnym / superwizyjnym, które zawierały elementy związane z tematyką przemocy w rodzinie:

Data	Miejscowość	Liczba godzin	Forma (np. wykład, warsztat, seminarium itd.)	Tematyka	Uczestnicy	Organizator /zleceniodawca
..... ROK						
1						
2						
..... ROK						
3						
4						
..... ROK						
5						
6						
7						
RAZEM GODZIN						

(podpis osoby ubiegającej się o certyfikat)

OGÓLNOPOLSKIE POGOTOWIE DLA OFIAR PRZEMOCY W RODZINIE „NIEBIESKA LINIA”

ul. Korotyńskiego 13, 02-121 Warszawa, tel. 22 824-25-01, 22 823-96-64,
pogotowie@niebieskalinia.pl, www.niebieskalinia.pl

