**ΕΝΤΥΠΟ ΕΤΗΣΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ (ΣΕΑ)**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ: 01/ΙΟΥΝΙΟΥ 2024-31/ΜΑΪΟΥ 2025**

**Ονοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Τμήμα: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Αριθμ. Εγγραφ. ΠΣΨΘ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ημερομηνία Εγγραφής στον ΠΣΨΘ (μήνας & έτος): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Έτος (π.χ. 1,2,3,4 or 5) σε 5ετή κύκλο ΣΕΑ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Κλινική Πρακτική**

Παρακαλώ σημειώστε τα τετραγωνίδια ακολούθως εάν η κλινική σας πρακτική εμπίπτει στις ελάχιστες ώρες πρακτικής / εποπτείας που αποτελούν μέρος προϋπόθεση για την ανανέωση της συνδρομής μέλους σας στον ΠΣΨΘ. Σε αντίθετη περίπτωση (π.χ. υπήρξε διακοπή στην πρακτική σας) παρακαλώ επεξηγήστε λεπτομερώς στο χώρο που δίνεται παρακάτω.

1. **Ελάχιστη Διάρκεια Κλινικής Εξάσκησης (80 ώρες ετησίως με πελάτη):**
2. **Ελάχιστη Διάρκεια Κλινικής Εποπτείας (18 ώρες ετησίως):**

**Δεν έχω ολοκληρώσει την ελάχιστη διάρκεια κλινικής πρακτικής / εποπτείας επειδή:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Συνεχής Επαγγελματική Ανάπτυξη**

(ΣΕΑ 250 ώρες για 5 χρόνια και ελάχιστη απαίτηση 20 ώρες ετησίως)

Παρακαλώ συμπληρώστε, στον παρακάτω πίνακα, τις απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες ΣΕΑ που έχετε πραγματοποιήσει/ολοκληρώσει.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΟΜΕΑΣ** | **ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ**  | **ΩΡΕΣ** |
| **1.Επαγγελματικές Δραστηριότητες**-*Συμμετοχή σε συνέδριο* *-Παρακολούθηση κλινικών σεμιναρίων* *-Φόρουμ συζητήσεων* *-Ηλεκτρονική διδασκαλία ενοτήτων ΣΕΑ**-Μεταπτυχιακές σπουδές* *-Τυπική Εκμάθηση* *-Παρακολούθηση δημόσιων διαλέξεων**-Ενδοϋπηρεσιακή κατάρτιση* *-Άλλα*   | *Ημερομηνία:* *Περιγραφή*:  |  |
| *Ημερομηνία:* *Περιγραφή:*  |  |
| *Ημερομηνία:* *Περιγραφή*:  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ΤΟΜΕΑΣ** | **ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ**  | **ΩΡΕΣ** |
| **2.Οργανωτική /Επαγγελματική Ανάπτυξη** -Συμμετοχή σε δραστηριότητες του ΠΣΨΘ ή άλλων οργανισμών ψυχοθεραπείας*-Συμμετοχή σε Ε.Γ.Σ. (AGM), συνεδριάσεις διοικητικού συμβουλίου* *-Διεξαγωγή έρευνας στην ψυχοθεραπεία* *-Παρουσίαση σε συνέδρια**Διδασκαλία/Διαλέξεις* *-Εποπτεία έρευνας* *-Δημοσίευση άρθρων ή βιβλίων* -*Άλλα* | *Ημερομηνία:* *Περιγραφή:*  |  |
| *Ημερομηνία:* *Περιγραφή:*  |  |
| *Ημερομηνία:* *Περιγραφή*:  |  |
| **3.Προσωπική Ανάπτυξη** -*Προσωπική ψυχοθεραπεία* *-Ομαδική ψυχοθεραπεία* *-Σεμινάρια που προωθούν την προσωπική επίγνωση και ανάπτυξη* *-Ομάδες αμοιβαίας υποστήριξης* *-Ανάλυση/μελέτη* *-Άλλα* | *Ημερομηνία:* *Περιγραφή*:  |  |
| *Ημερομηνία:* *Περιγραφή*:  |
|  | *Ημερομηνία:* *Περιγραφή*:  |  |

1. **Δεοντολογία και Καταγγελίες**

Έχει γίνει κάποια καταγγελία εναντίον σας; **ΝΑΙ ΟΧΙ**

Έχει ασκηθεί οποιαδήποτε ποινική δίωξη εναντίον σας;**ΝΑΙ ΟΧΙ**

Αν έχετε απαντήσει θετικά σε κάποια από τις παραπάνω ερωτήσεις, παρακαλώ όπως παρέχετε τις σχετικές πληροφορίες και ποια ήταν η έκβαση παρακάτω.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Παρακαλώ δηλώστε το όνομα του παρόχου Επαγγελματικής Ασφάλισης σας:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**