



ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΕΓΚΡΙΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΩΣ ΕΠΟΠΤΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:.....

ΠΟΛΗ:.....

Τ.Κ.:.....

ΤΗΛ. / FAX:.....

ΚΙΝΗΤΟ:.....

E-MAIL:.....

WEBSITE:.....

ΩΡΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:.....

ΩΡΕΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ:.....

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥ ΕΠΟΠΤΗ:.....

ΩΡΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΠΤΕΙΑ:.....

ΩΡΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ:.....

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ/ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ ΕΙΔΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ, ΩΡΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΠΤΕΙΑ:

.....  
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΥΣΤΗΝΟΝΤΟΣ ΕΠΟΠΤΗ ΕΠΒΕ

.....  
Τα **κριτήρια** που απαιτούνται για την αναγνώριση μέλους της ΕΠΒΕ ως Επόπτη είναι τα ακόλουθα:

- Να είναι έγκριτο μέλος της ΕΠΒΕ.
- Να αποδεικνύει την συνεχιζόμενη επαγγελματική του ανάπτυξη (να προσκομιστούν τα απαραίτητα δικαιολογητικά).
- Απαραίτητη βασική **προϋπόθεση πιστοποιημένη ειδική εκπαίδευση 100 ωρών στην εποπτεία (Προσωποκεντρικής, Βιωματικής ή Συνθετικής κατεύθυνσης) και αντίστοιχης πρακτικής** τουλάχιστον 50 ωρών (να προσκομιστούν τα απαραίτητα δικαιολογητικά) .
- Να έχει συμπληρώσει άλλες 50 ώρες εποπτείας μετά την βασική εκπαίδευση σε συμβούλους ή/και ψυχοθεραπευτές το λιγότερο για τα τελευταία 1-2 χρόνια, διαφορετικά θεωρείται δόκιμος/η επόπτης.
- Να έχει επόπτη.

Η επιτροπή εποπτείας εγκρίνει και ενημερώνει το Δ.Σ για την εγγραφή του αιτούντος μέλους στον ειδικό κατάλογο εποπτών της ΕΠΒΕ.

Δηλώνω ότι αποδέχομαι το Καταστατικό και τον Κώδικα Δεοντολογίας της ΕΠΒΕ.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

ΥΠΟΓΡΑΦΗ: