**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY   
Szkoła Superwizji**

*Zgłoszenie należy przesłać na adres* [*zuzanna.trzebuchowska@stowarzyszeniestop.pl*](mailto:zuzanna.trzebuchowska@stowarzyszeniestop.pl) *do 18 października 2022.*

1. **Dane osobowe**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Adres do korespondencji |  |
| E-mail |  |
| Numer telefonu |  |
| Proszę zaznaczyć stopień Szkoły | ☐ Tylko I stopień  ☐ I i II stopień  ☐ I stopień i II stopień ewentualnie (do decyzji w trakcie Szkoły) |

1. **Oświadczam, że posiadam kompetencje trenerskie wymagane na** [**CERTYFIKAT TRENERSKI STOP**](https://stowarzyszeniestop.pl/stop/wp-content/uploads/2022/09/Lista_kompetencji_trenerskich.pdf) **(proszę wybrać co najmniej jedna z poniższych możliwości):**

☐ Posiadam certyfikat II stopnia (według „starego” systemu certyfikacji)

☐ Posiadam oświadczenie superwizora/ki STOP o posiadaniu kompetencji opisanych w Liście Kompetencji Trenerskich (*proszę dodać jako załącznik*)

☐ Posiadam oświadczenie superwizora/ki STOP o byciu w procesie certyfikacji na Certyfikat Trenerski (*proszę dodać jako załącznik*)

☐ Posiadam rekomendacje od 3 podmiotów (organizacji lub instytucji), na rzecz których realizowała/realizowałem szkolenia, z zaznaczeniem czasu ich trwania, daty realizacji, zastosowania metod warsztatowych i opisem dotyczącym pracy trenerskiej osoby (*proszę dodać jako załączniki*)

1. **Oświadczam, że jestem aktywną/aktywnym trenerką/trenerem.**

*Ogólne zestawienie godzin szkoleniowych i innych form edukacji dorosłych z ostatnich 3 lat:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zamawiający/ Zleceniodawca  (+ dane kontaktowe) | Temat | Zakres czasowy i ogólna liczba godzin szkoleniowych |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Oświadczam, że mam doświadczenie w prowadzeniu pracy z zakresu wzmacniania kompetencji uczenia dorosłych (T&T) przy wykorzystaniu różnych form edukacyjnych (indywidualnych, grupowych, stacjonarnych, online itp.) innych osób prowadzących procesy edukacyjne, np. edukatorów/ek, nauczycieli/nauczycielek, trenerów/trenerek.**

*Ogólne zestawienie godzin trenerskich:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Zamawiający/ Zleceniodawca (+ dane kontaktowe) | Temat | Zakres czasowy i ogólna liczba godzin szkoleniowych | Forma i długości procesu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Oświadczam, że mam doświadczenie rozwoju osobistego i superwizji swojej pracy (np. terapia, trening interpersonalne, intrapsychiczny, psychoterapia, wzmocnienie poczucia własnej wartości, superwizje grupowe, superwizja interwencyjna itp., dotyczy także pracy krótkoterminowej).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Realizator/osoba prowadząca dany proces/superwizję | Zakres czasowy i ogólna liczba godzin | Forma procesu |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Pisemna refleksja nad moją praktyką edukacyjną/coachingową/osoby wspierającej innych w rozwoju.**

Kluczowe pytania do refleksji o pracy:

1. jaki jest mój styl pracy edukacyjnej/wspierania innych trenerów/trenerek w rozwoju?
2. na jakich wartościach opieram swoją pracę?
3. jakie nurty filozoficzne, socjologiczne, psychologiczne są mi bliskie w pracy i co z nich czerpię?
4. jak moja tożsamość indywidualna i społeczna wpływa na moją pracę?

|  |
| --- |
|  |

1. **Dodatkowe informacje, np. odnośnie potrzeb wynikających z niepełnosprawności, rodzaju wyżywienia w trakcie sesji stacjonarnych, noclegu (osoby spoza Warszawy)**

|  |
| --- |
|  |

1. **OŚWIADCZENIA (wymagane)**

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzenia rekrutacji oraz uczestnictwa w Szkole Superwizji zgodnie z Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. Administratorem danych jest Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych z siedzibą w Warszawie 00-151, ul. Nowolipki 9 B. Podanie danych jest dobrowolne. Mam prawo żądania dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych, jak również prawo do przenoszenia danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego. Zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną: <http://stowarzyszeniestop.pl/klauzula-informacyjna/>

☐ Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem udziału w Szkole Superwizji: <https://stowarzyszeniestop.pl/stop/wp-content/uploads/2022/09/regulamin_szkola_superwizji.pdf>

**PODPIS**

|  |
| --- |
| *Imię i nazwisko, data:* |