

# SZKOŁA PSYCHOTERAPII PSYCHOANALITYCZNEJ DZIECI I MŁODZIEŻY

## ANKIETA INFORMACYJNA

Wszystkie informacje zawarte w ankiecie mają charakter poufny

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

e-mail i telefon kontaktowy:

Wykształcenie:

Doświadczenie zawodowe z pacjentami dorosłymi:

Doświadczenie zawodowe z pacjentami dziecięcymi lub młodzieżowymi:

Miejsce i rodzaj wykonywanej pracy:

Własna psychoterapia szkoleniowa (od kiedy, z jaką częstotliwością, u kogo):

Superwizja indywidualna i seminaria kliniczne (od kiedy, z jaką częstotliwością, u kogo):

Dotychczasowe szkolenia lub seminaria z zakresu psychoterapii:

Cel podjęcia szkolenia z psychoterapii psychoanalitycznej dzieci i młodzieży: