

Ansökningsblankett för auktorisation

Ditt namn:

Företagsnamn/fakturamottagare:

Adress:

Postadress:

Tel (hem): Tel (arb): Personnummer:

E-mail:

Registreringsavgift om SEK 400, faktureras ovanstående betalningsmottagare.

För att söka auktorisation krävs att du är ordinarie medlem i Psykosyntesförbundet, att du har minst 4 års utbildning med diplomering som samtalsterapeut, att du förbinder dig också att följa Psykosyntesförbundets Etiska regler och ska ha uppfyllt nedan kriterier:

Du ska under de senaste 12 månaderna ha haft

- minst 200 klienttimmar med samtalsterapi
- minst 10 handledningstimmar hos handledare i psykosyntes eller med motsvarande handledarkompetens. Dessa timmar kan utgöras av individuell handledning och/eller grupphandledning, där varje handledningstillfälle i grupp räknas som en timme
- minst 3 utbildningsdagar eller motsvarande tid, vid ett eller flera utbildningstillfällen. Dessa ska syfta till ny kompetens och/eller utveckling av dig som terapeut inom psykosyntesen eller dess närliggande områden, enligt "Assagiolis anda".

I samband med ansökan styrker jag med fakturor/kvitton att jag det gångna året haft:

- samtalsterapi med klienter (fakturor/kvitton ska finnas hos terapeuten och kan komma att begäras in.)
- handledning (bifoga kopior på fakturor/kvitton)
- utbildningsdagar (bifoga kopior på fakturor/kvitton)

Härmed intygar jag att ovanstående kriterier uppfyllts och förbinder mig härmed att hantera min titel Auktoriserad samtalsterapeut i psykosyntes. Jag har läst och förstått Psykosyntesförbundets Etiska regler. Jag är medveten om, och accepterar till fullo Psykosyntesförbundets rätt, att utfärda erinran, varning eller återkalla auktorisationsintyget vid brott mot Psykosyntesförbundets Etiska regler. I fall av återkallandet av auktorisationsintyget från Psykosyntesförbundets Etiska råd förbinder jag mig härmed, att omedelbart och utan dröjsmål återsända auktorisationsintyget i originalformat samt snarast informera klienter eller uppdragstagare om det inträffade.

Ort och datum: _____

Jag har tagit del av ovanstående villkor och auktorisationskriterier och ansöker härmed om auktorisation som samtalsterapeut i psykosyntes.

Namnsteckning: _____

Namnförtydligande: _____

OBS! Texta tydligt, detta namn kommer att stå på auktorisationsintyget.

Ansökan ska skickas in i original.

OBS! Ansökan ska vara Psykosyntesförbundet tillhanda senast den 15 maj respektive den 15 november, beroende på vilken tidsperiod du söker för.

Adress dit du vill att vi sänder ditt auktorisationsintyg, om annan än ovanstående:

Adress: _____ Postadress: _____

Sänd anmälningssblanketten till: Psykosyntesförbundet, c/o Carina Larsson, Armfeltsgatan 26, 115 34 STOCKHOLM

Psykosyntesförbundets anteckningar:

Tidsperiod för auktorisation:

Fakturerad:

Avgift betald: