



KARTA ZGŁOSZENIA

Staż kliniczny

Imię i nazwisko stażysty	
adres, telefon, e-mail	
miejsce pracy i adres (pełna nazwa) wymiar czasu pracy	
wykształcenie	
rok ukończenia I i II etapu szkolenia	
określenie klasy szkolenia: „specjalista” / „instruktor”	
Czy Pan/Pani posiada nadany status osoby uczestniczącej w programie szkoleniowym z zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień bądź instruktora terapii uzależnień (nr zaświadczenia)	
proponowany termin odbycia spotkań stażu klinicznego	
miejsce stażu	WOTU AiW Stalowa Wola