**ΦΟΡΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**HCA Supervisor**

* Δηλώνω ότι επιθυμώ να συμμετέχω ως supervisor στο Group Supervision Project 2016.

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο:  |
| Email:  |
| Τηλέφωνο Επικοινωνίας:  |
| Πλήρες Μέλος του HCA: ΝΑΙ 🞏 ΟΧΙ 🞏  |
| Ώρες πρακτικής σε συνεδρίες Coaching τα τελευταία 5 χρόνια : |
| Ώρες εποπτείας Supervision που έχετε λάβει τα τελευταία 2 χρόνια : |
| Ώρες πρακτικής στην εποπτεία τα τελευταία 2 χρόνια : |
| Ημέρες που είστε διαθέσιμος για συμμετοχή στο πρόγραμμα :  |
| Ώρες που είστε διαθέσιμος :  |
|  |
| Επιθυμητές περιοχές συναντήσεων εποπτείας : ΝΟΤΙΑ ΠΡΟΑΣΤΙΑ 🞎 ΒΟΡΕΙΑ ΠΡΟΑΣΤΙΑ 🞎 ΕΥΡΥΤΕΡΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΑΣ 🞎ΑΛΛΟ : 🞎 Διευκρινίσεις : |
| Άλλα σχόλια : |
| Βιογραφικό Σημείωμα: Παρακαλώ επισυνάψτε  |

Αποδέχομαι ότι:

* Θα τηρώ τον Κώδικα Δεοντολογίας του Συνδέσμου
* Θα συμμετέχω σε συνεδρίες group supervision, όπως θα οριστεί από την ομάδα που θα σχηματιστεί.
* Συμφωνώ με τους όρους συμμετοχής στο Group Supervision Project, όπως περιγράφονται στο πληροφοριακό πακέτο που μου έχει δοθεί.

Υπογραφή

…….........................

Σημείωση

Η αίτησή σας θα αξιολογηθεί από την Επιτροπή Αξιολόγησης και θα υπάρξει περαιτέρω επικοινωνία μαζί σας, ώστε να οριστεί :

1. Συνέντευξη από τα μέλη της ομάδας έργου PMO για τον έλεγχο των κριτηρίων
2. Συνέντευξη με ειδικό του EMCC για την επάρκεια ικανότητας στην εποπτεία