



IZJAVA

Podpisani/a

Matična številka

Soglašam, da se podatki o mojem strokovnem delu na področju psihoterapije objavijo na internetni strani Zdrženja psihoterapevtov Slovenije. Jamčim za njihovo verodostojnost in se obvezujem, da bom vse spremembe svojih podatkov pravočasno aktualiziral/a. Skrbnik internetne strani ne odgovarja za vsebine, ki jih sam/a objavim in lahko odstrani oz. zahteva odstranitev neprimernih oz. napačnih ali zavajajočih podatkov.

POKLIC

Diploma

Specializacija

Strokovni naziv

Akademski naziv

Naziv psihoterapevt

Leto pridobitve,
modaliteta

Opis dela

ZAPOSILITEV*

*če delate na več različnih lokacijah lahko na hrbtni strani izjave napišete vse podatke

Ime ustanove

Kraj, ulica

Delovni čas/dosegljivost

Telefon/faks, e-mail

Javni zavod

Koncesijska amb.

Samoplačniška amb.

Fotografija v prilogi

DA

NE

kraj

datum

podpis