***Заявление о вступлении в ГПР/программу подготовки кандидатов ААПР***

*ФИО:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Телефон, электронная почта:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Адрес проживания, если есть иной, чем указан выше:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Часы анализа у членов ААПР/IAAP (указать ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Часы супервизий у членов ААПР/IAAP (указать ФИО): \_\_\_\_\_\_\_\_*

*Высшее образование: годы обучения, учреждение, специальность:\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Специализация в аналитической психологии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Теоретический курс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Перечень всего предыдущего опыта прохождения скрининг-интервью и аналитического тренинга с указанием названий тренинговых обществ, даты подачи заявок и результаты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *Участие в конференциях (в т.ч. дистанционно): \_\_\_\_\_\_*

 *Участие в семинарах (в т.ч. дистанционно): \_\_\_\_\_\_*

*Наличие практики (количество часов индивидуальной работы с пациентами в неделю):* \_\_

*Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, прошу включить меня в программу подготовки кандидатов ААПР. Я ознакомился с общей структурой программы и согласен на прохождение собеседования. Мне известно, что собеседование является платным.*

*Прежде чем поставить подпись под этим заявлением, пожалуйста, прочтите* ***Этический кодекс ААПР.***

*\_\_\_ Я прочел Этический кодекс ААПР и согласен его соблюдать.*

*\_\_\_ Настоящим я соглашаюсь соблюдать политику ААПР о неприемлемости дискриминации на основе расы, религии, этнического происхождения, пола и сексуальной ориентации.*

*Подпись заявителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*