

Wykonawca szkolenia:

ANKIETA REKRUTACYJNA



Realizator projektu:



STUDIUM POMOCY OFIAROM PRZEMOCY W RODZINIE (kurs zaawansowany)

edycja Fundacja PESTka: 21.06.-23.09.2022r.

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres do korespondencji (z nr kodu pocztowego i województwem)	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie (ukończona szkoła i wyuczony zawód)	
Aktualne miejsce pracy (nazwa placówki, adres z nr kodu oraz nr telefonu)	
Wykonywany zawód (zgodnie z umową o pracę, zlecenie, dzieło lub wolontariat)	
Staż pracy w obszarze problematyki przeciwdziałania przemocy w rodzinie	

.....

1. Określ swoją aktywność zawodową.

- Zaznacz X właściwą odpowiedź:

	TAK	NIE
Pracuję w bezpośrednim kontakcie z osobami doznającymi przemocy		
Pracuję w bezpośrednim kontakcie z osobami stosującymi przemoc		
Jestem przewodniczącym / członkiem Zespołu Interdyscyplinarnego i/lub członkiem grup roboczych w procedurze Niebieskie Karty		
Jestem koordynatorem / kierownikiem /dyrektorem zespołu		
Udzielam konsultacji w zakresie pracy z problemem przemocy innym profesjonalistom		

- Wpisz: „teraz”, „kiedyś”, „planuję” w odpowiednią rubrykę.
Wpisz znak „-”, gdy nigdy nie wykonywałeś takiego rodzaju pracy i nie masz takich planów:

	Komu pomagasz zawodowo?		
	Dzieci – ofiary przemocy	Dorośli doznający przemocy	Osoby stosujące przemoc
Prowadzę konsultacje indywidualne			
Prowadzę zajęcia grupowe – edukacyjne			
Prowadzę zajęcia grupowe – grupę wsparcia/ terapeutyczną / korekcyjno-edukacyjną			
Udzielam porad prawnych			
Inne - jakie?			

.....

2. Czy jesteś absolwentem/absolwentką Studium Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie?

Tak -

Nie -

Organizacja prowadząca SPPwR	
Rok ukończenia SPPwR	
Kierownik SPPwR	

3. Czy kiedykolwiek byłeś uczestnikiem szkolenia dotyczącego problematyki przemocy w rodzinie?

Tak -

Nie -

Szkolenie dotyczyło:	Nazwa szkolenia	Osoba prowadząca	Wymiar godzin	Termin
pracy z dziećmi – ofiarami krzywdzenia				
pracy z dorosłymi ofiarami krzywdzenia				
pracy ze sprawcami przemocy				
inne – jakie?				

W jaki sposób zamierzasz wykorzystać wiedzę i umiejętności zdobyte podczas szkolenia?	
--	--

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w bazie danych przez Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego z siedzibą ul. Gęślarska 3 02-412 Warszawa do celów korespondencyjnych, przeprowadzania szkoleń w ramach Instytutu teraz i w przyszłości zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych-RODO). Wiem, iż w każdej chwili mam prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania lub wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. Swoje dane osobowe udostępniam dobrowolnie.

.....
data

.....
podpis