

Ansökningsblankett för auktorisation – Två (2) år

Ditt namn:..... E-mail:

Tel (hem): Tel (arb):

- **Registreringsavgift om SEK 800, faktureras via e-post.**
- **Ange korrekt adress som Auktorisationsintyget skickas till nedan.**
- **Ansökan ska vara Psykosyntesförbundet tillhanda via mejl senast den 15 november.**

Härmed ansöker jag om auktorisation och uppfyller alla nedanstående punkter:

- att jag är ordinarie medlem i Psykosyntesförbundet
- att jag innehar utbildning med diplomering som samtalsterapeut inom psykosyntes med minst 490 studietimmar
- att jag innehar en patientansvarsförsäkring
- att jag under de senaste 24 månaderna har haft;
 - minst 400 klienttimmar med samtalsterapi
 - minst 20 handledningstimmar för samtalsterapi hos handledare med kompetens inom psykosyntes eller med kompetens inom för samtalsterapeuten relevant område.
 - Minst 30 timmars fortbildning exkl lunch och pauser
 - Av dessa 30 timmar får 6 timmar få avseöppna/ kostnadsfria föreläsningar och 3 av dessa får avse deltagande i bokklubb/nätverksträff relaterad till psykosyntes.

I samband med ansökan styrker jag härmed min ansökan med:

- intyg av antal utförda klienttimmar med samtalsterapi (faktureror/kvitton som avser och rubriceras "samtalsterapi" kan kommas att begäras in om förbundet så önskar).
- intyg av fortbildning med begärda antal timmar exkl. lunch och pauser (bifogar intyg eller diplom på utförd och av styrelsen godkänd kurs/utbildning).
- intyg av begärda handledningstimmar (bifogar intyg eller kopior på kvitton som avser och rubriceras "handledning samtalsterapi").
- bifogar årsaktuellt försäkringsbevis för patientansvarsförsäkring
- ifylld stödblankett för fortbildning

Härmed intygar jag att:

- ovanstående kriterier uppfyllts och förbinder mig härmed att hantera min titel Auktoriserad samtalsterapeut i psykosyntes
- jag har läst och förstått Psykosyntesförbundets Etiska regler
- jag uppdaterar information om min auktorisation på alla tänkbara ställen.
- jag är medveten om, och accepterar till fullo Psykosyntesförbundets rätt, att utfärda erinran, varning eller återkalla auktorisationsintyget vid brott mot Psykosyntesförbundets Etiska regler. I fall av återkallandet av auktorisationsintyget från Psykosyntesförbundets Etiska råd förbinder jag mig härmed, att omedelbart och utan dröjsmål återsända auktorisationsintyget i originalformat samt snarast informera klienter eller uppdragstagare om det inträffade.

Ort och datum:

Namnteckning:

Jag har tagit del av ovanstående villkor och auktorisationskriterier och ansöker härmed om auktorisation som samtalsterapeut i psykosyntes.

Namnförtydligande:

OBS! Texta tydligt, detta namn kommer att stå på auktorisationsintyget.

Postadress som auktorisationsintyget ska skickas till :

Ansökan ska mejlas med fotograferade eller scannade kopior på intyg till
medlem@psykosyntesforbundet.se