



**ANKIETA REKRUTACYJNA**  
**STUDIUM POMOCY OFIAROM PRZEMOCY W RODZINIE**  
(kurs zaawansowany)

edycja/termin wybranego kursu:

.....

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

\*\*\*\*\*

**1. Określ swoją aktywność zawodową.**

- Zaznacz właściwą odpowiedź:

	TAK	NIE
Pracuję w bezpośrednim kontakcie z osobami doświadczającymi 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 z osobami stosującymi przemoc				

<b>inne – jakie?</b>				
----------------------	--	--	--	--

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