

**Cerere pentru obţinerea**

**Certificatului de absolvire a formării**

Subsemnatul/Subsemnata ........................................................................................., cu domiciliul profesional în ......................................................., membru IST, solicit eliberarea Certificatului de absolvire a formării, fiindu-mi necesar pentru înscrierea la COLEGIUL PSIHOLOGILOR DIN ROMÂNIA.

|  |  |
| --- | --- |
| **Date personale și profesionale** | |
| **Telefon** |  |
| **Adresă e-mail** |  |
| **Tipul certificatului**  (practicant în supervizare / practicant autonom) |  |
| **Nr. ședințe / ore formare - Sandplay Therapy** |  |
| **Nr. ore formare - Alte abordări psihoterapeutice**  **(nr. ore/abordare)** |  |
| **Nr. ședințe / ore dezvoltare personală Sandplay Therapy**  **(număr lădițe)** |  |
| **Cod RUP (dacă este cazul)** |  |

**Data: Semnătura**