**ΑΝΑΦΟΡΑ**

**ΕΠΟΠΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΝΟΣ/ΜΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΕΠΑΝΑΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ Ή ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΓΙΑ ΤΗΝ RECBT**

Το Ελληνικό Ινστιτούτο για την RECBT παρακολουθεί και διευθετεί κριτήρια πιστοποίησης για όσους RECBT επιστήμονες/επαγγελματίες επιθυμούν να προχωρήσουν στην απόκτηση επαναπιστοποίησής τους ως RECBT θεραπευτές.

Όνομα Αιτούμενου/μενης:

Επιδίωξη Απόκτησης Επαναπιστοποίησης: Ναι/Όχι

Επιδίωξη Απόκτησης Ανώτερης Πιστοποίησης: Ναι/Όχι

Για να ληφθεί υπόψη η παρούσα αίτηση, ζητούμε την αναφορά ενός/μιας επόπτη/τριας ο/η οποίος/α είναι οικείος/α με το περιεχόμενο και το επίπεδο κλινικής πρακτικής του/της υποψήφιου/ας.

Εάν είστε πρόθυμος/η να παρέχετε αναφορά για τον/την αιτούμενο/η, παρακαλούμε συμπληρώστε τη φόρμα αυτή και επιστρέψτε την σε εκείνον/η σε έναν φάκελο. Ελπίζουμε ως μέρος κάλλιστης πρακτικής ότι η παρούσα Αναφορά έχει συζητηθεί αναλυτικά με τον/την υποψήφιο/α και οποιαδήποτε ζητήματα αμφιβολίας έχουν πλήρως επιλυθεί. Το Ελληνικό Ινστιτούτο για την RECBT μπορεί να επικοινωνήσει μαζί σας για να συζητήσει το περιεχόμενο της παρούσας αναφοράς.

Η φόρμα αυτή πρέπει να συμπληρώνεται στον υπολογιστή και στη συνέχεια να εκτυπώνεται για υπογραφή.

**ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΕΠΟΠΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Πλήρες Όνομα | |  | | | | | | | |
| Διεύθυνση | |  | | | | | | | |
| Ταχυδρομικός Κώδικας | |  | | | | | | | |
| Τηλ. | |  | | | | | | | |
| Ηλεκτρονική Διεύθυνση (e-mail) | |  | | | | | | | |
| **Διαπιστευτήρια Επόπτη/τριας**  Για να συμπληρώσετε την παρούσα αναφορά ως Κλινικός/ή Επόπτης/τρια Εποπτευόμενων Θεραπευτών οι οποίοι/ες αιτούνται πιστοποίησης από το Ελληνικό Ινστιτούτο για την RECBT, ο/η Επόπτης θα πρέπει να είναι τακτικό μέλος και πλήρως πιστοποιημένο μέλος του Ελληνικού Ινστιτούτου για την RECBT καθώς και επόπτης πιστοποιημένος από το Ινστιτούτο Albert Ellis ή τον Σύλλογο για την RECBT της Μεγάλης Βρετανίας ώστε να μπορεί να συμπληρώσει με αξιοπιστία και εγκυρότητα την παρούσα Αναφορά. Οι επόπτες/τριες θα πρέπει επίσης να ασκούν τρεχόντως την RECBT/CBT.  Παρακαλούμε δώστε πληροφορίες για τα RECBT/CBT προσόντα, την εμπειρία και την τρέχουσα πρακτική σας. | | | | | | | | | | |
| Τακτικό Μέλος Ελληνικού Ινστιτούτου για την RECBT |  | | **Πιστοποιημένος/η RECBT Επαγγελματίας (Ινστιτούτο Albert Ellis ή Σύλλογος για την RECBT Μ. Βρετανίας)\*** | |  | | **Πιστοποιημένος/η RECBT Επόπτης/τρια (Ινστιτούτο Albert Ellis ή Σύλλογος για την RECBT Μ. Βρετανίας)** | |  | |
| *\** Σε περίπτωση που είστε πιστοποιημένος/η επαγγελματίας ή επόπτης από το Ινστιτούτο Albert Ellis ή το Βρετανικό Σύλλογο για την RECBT δε χρειάζεται να δώσετε λεπτομέρειες στα επόμενα τέσσερα πεδία. Όλοι οι υπόλοιποι επόπτες πρέπει να δώσουν πληροφορίες στα πεδία αυτά. | | | | | | | | | | |
| Άλλη RECBT.CBT Ομάδα/Οργανισμός/Σύλλογος | | | | | |  | | | | |
| Προσόντα RECBT/CBT | | |  | | | | | | | |
| Εκπαίδευση στην RECBT/CBT Training in REB/CBT | | |  | | | | | | | |
| Εμπειρία αξιοποίησης της RECBT/CBT | | |  | | | | | | | |
| **Όλοι οι Επόπτες/τριες πρέπει να συμπληρώσουν τα υπόλοιπα πεδία που ακολουθούν σε αυτή τη φόρμα** | | | | | | | | | | |
| Τίτλος Εργασίας/Επαγγελματικής Θέση Επόπτη/τριας | | |  | | | | | | | |
| Λεπτομέρειες τρέχουσας RECBT/CBT εργασίας του/της Επόπτη/τριας | | |  | | | | | | | |
| **Σχέση με τον/την Αιτούμενο/η** | | | | | | | | | | |
| Είστε ο/η τρέχων/ουσα Επόπτης/τρια του/της αιτούμενου/ης; | | | | Ναι  Όχι | | | | | | |
| Ποια είναι η επαγγελματική σας σχέση με τον/την αιτούμενο/η; | | | |  | | | | | | |
| Για πόσο καιρό γνωρίζετε την RECBT/CBT δραστηριότητα του/της αιτούμενου/ης; | | | |  | | | | | | |
| Ποια είναι η συχνότητα και η διάρκεια των συναντήσεων εποπτείας; | | | | Ατομική:  Ώρες ανά μήνα  Ομαδική / Ομηλίκων: Ώρες ανά μήνα  Αριθμός ατόμων στην ομάδα | | | |  | | |

**ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ/ΤΗΣ ΑΙΤΟΥΜΕΝΟΥ/ΗΣ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Προφίλ Κλινικής Πρακτικής** | | | |
| Τύπος πελατών  *Ενήλικες / παιδιά / μαθησιακές δυσκολίες κ.λ.π..* |  |
| Τύποι προβλημάτων που αντιμετωπίζονται |  |
| REB/CBT θεραπευτικές προσεγγίσεις |  |
| **Φύση Τεκμηρίωσης** | | | |
| Ποια είναι η φύση της τεκμηρίωσης που διαθέτετε για την κλινική δραστηριότητα του/της Εποπτευόμενου/ης;  *Ζωντανή αξιολόγηση / αναφορές μελετών περίπτωσης / επιστολές / παίξιμο ρόλων / συζήτηση / συνεισφορά στις ομάδες εποπτείας κ.λ.π.* |  |
| **Ζωντανή Εποπτεία:** Αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη Πιστοποίησης να συμπεριλάβετε τακτικές ζωντανά δείγματα της κλινικής πρακτικής του/της Εποπτευόμενου/ης κατά τη διάρκεια της εποπτείας. Αυτά μπορεί να είναι ζωντανή παρατήρηση, μονόδρομος καθρέπτης, βίντεο ή αρχείο ήχου. | | | |
| Σε πόσες περιπτώσεις έχει αξιοποιηθεί ζωντανή εποπτεία κατά τους τελευταίους 12 μήνες; |  |
| Πόσες περιπτώσεις πελατών έχουν καλυφθεί; |  |
| Πώς αξιολογείτε την επάρκεια του/της εποπτευόμενου/ης;  *Οι επόπτες/τριες ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν μετρήσεις επάρκειας όπως η CTS-R* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Δεξιότητες και Άλλες Πτυχές Ανάπτυξης** | | |
| Ποιες συγκεκριμένες δεξιότητες και τομείς επάρκειας έχουν γίνει αντικείμενο επεξεργασίας κατά τους τελευταίους 12 μήνες; |  |
| Εντός των ορίων εμπιστευτικότητας, παρακαλούμε δώστε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα |  |
| Ποιες άλλες πτυχές ανάπτυξης RECBT δεξιοτήτων έχουν γίνει αντικείμενο επεξεργασίας και εκπαίδευσης; |  |
| **Επίπεδο Κατανόησης της Θεραπευτικής Σχέσης Επίπεδο Επάρκειας από την πλευρά του/της Εποπτευόμενου/ης** | | | | |
| Ποιο είναι το επίπεδο κατανόησης της ανάπτυξης, της διατήρησης και του τερματισμού θεραπευτικών σχέσεων του/της Εποπτευόμενου/ης; |  | |
| Τι τεκμηρίωση διαθέτετε για την επάρκεια του/της Εποπτευόμενου/ης να διαχειρίζεται τη θεραπευτική συμμαχία; |  | |
| Εντός ορίων εμπιστευτικότητας, παρακαλούμε δώστε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Συνολικό Επίπεδο Επάρκειας στην RECBT** | | | |
| Τι τεκμηρίωση διαθέτετε για την ικανότητα του/της Εποπτευόμενου/ης να ασκεί την κλινική του/της δραστηριότητας με ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο; |  |
| Έχετε ανησυχίες για την τρέχουσα κλινική δραστηριότητα του/της Εποπτευόμενου/ης; |  |
| Ποιες ενέργειες κάνετε για την αντιμετώπιση αυτών των ανησυχιών; |  |
| Με βάση την επαφή σας με τον/την Εποπτευόμενο/η, συμμορφώνεται με τον Κώδικα για την RECBT του Ελληνικού Ινστιτούτου καθώς και με τους άλλους έγκυρους κώδικες δεοντολογίας; |  |
| Θα συστήνατε τον/την Αιτούμενο/η για την απόκτηση Επαναπιστοποίησης (ή Ανώτερης Πιστοποίησης);  **ΕΑΝ ΟΧΙ,** παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες για το ποιες αλλαγές χρειάζεται να λάβουν χώρα |  |
| Ποια επιπλέον σχόλια θα κάνατε για την υποστήριξη της παρούσας αίτησης του/της Εποπτευόμενου/ης; |  |

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Η αναφορά αυτή είναι μια ειλικρινής εκτίμηση/αξιολόγηση του/της Αιτούμενου/ης εντός των ορίων της γνώσης μου για εκείνον/ην. Κάθε στοιχείο αμφιβολίας ή και ανησυχίας το οποίο αναφέρεται στην παρούσα Αναφορά έχει συζητηθεί διεξοδικά με τον/την Αιτούμενο/η.*** | | | |
| Υπογραφή Επόπτη/τριας | Ημερομηνία |

**Μετά τη συμπλήρωση, επιστρέψτε αυτή την Αναφορά στον/στην Αιτούμενο/η (σε έναν σφραγισμένο φάκελο, κατά προτίμηση).**