**ΑΝΑΦΟΡΑ**

**ΕΠΟΠΤΗ/ΤΡΙΑΣ**

**ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΕΝΟΣ/ΜΙΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΠΛΗΡΟΥΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΟ 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 επιπέδου πλήρους πιστοποίησής τους ως RECBT θεραπευτές.

Όνομα Αιτούμενου/μενης:

Επιδίωξη Απόκτησης Πλήρους 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  |       |
| 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 |       |
| RECBT/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 επιπέδου Πλήρους 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).**