****

**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

**Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχειά με κεφαλαία γράμματα.**

**Στοιχεία Συμμετέχοντος**

|  |  |
| --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ: | ΕΠΩΝΥΜΟ: |
| ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:  ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΗΣ ΑΠΟ ETOΣ: | ΕΤΗ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ: |
| ΙΔΙΩΤΗΣ ⃣  ΕΤΑΙΡΕΙΑ /ΦΟΡΕΑΣ ⃣  Όνομα ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΦΟΡΕΑ:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗ ΓΝΩΣΙΑΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: (Παρακαλούμε δώστε τίτλο εκπαίδευσης (δηλ. σεμινάριο, διάλεξη, MSc κτλ.) & φορέα εκπαίδευσης) |
| ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ: | e-mail: |

**Στοιχεία για την έκδοση και αποστολή απόδειξης ή τιμολογίου**

**& Βεβαίωσης Παρακολούθησης**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ΟΝΟΜΑ: | | | ΕΠΩΝΥΜΟ: | |
| ΟΝΟΜΑ ΦΟΡΕΑ// ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ: | | | | |
| ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: | | | Τ.Κ: | |
| ΑΦΜ: | | | ΔΟΥ | |
| ΤΗΛ: | FAX: | | | EMAIL: |
| Παρακάτω επιλέξτε ποιο από τα δύο παραστατικά θέλετε να εκδοθεί και να σας σταλεί ταχυδρομικά: | | | | |
| ΕΚΔΟΣΗ ΑΠΟΔΕΙΞΗΣ: | | ΕΚΔΟΣΗ ΤΙΜΟΛΟΓΙΟΥ: | | |

**Δηλώστε τον τρόπο πληρωμής του σεμιναρίου**

|  |
| --- |
| Κατάθεση του ποσού σε **ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ IBAN:**  GR33 0172 7570 0057 5700 1504 314 |

**Εγγραφή : 70€**

Παρακαλείστε όπως κρατάτε το αποδεικτικό της κατάθεσης στην έναρξη του σεμιναρίου όπου θα επιβεβαιώνονται οι εγγραφές.

Άνεργοι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας θα έχουν **έκπτωση 15%**

**Οι θέσεις είναι περιορισμένες. Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.**

**Οι συμμετέχοντες θα λάβουν πιστοποιητικό παρακολούθησης**

**\*Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τουλάχιστον μια από τις παρακάτω ενότητες**

**(Αν χρειαστεί συνεχίστε σε άλλη σελίδα)**

1. Ερώτηση σχετικά με την κλινική δουλειά που πραγματοποιείτε σε περιστατικό με διάγνωση ΙΔΨ διαταραχή. (δώστε πληροφορίες για το περιστατικό κυρίως σχετικές με την ερώτηση σας).
2. Ερώτηση σχετικά με τη θεωρία, τις τεχνικές- στρατηγικές κτλ. της γνωσιακής θεραπευτικής προσέγγισης για την ΙΔΨ.
3. Θέμα σχετικά με την γνωσιακή κατανόηση και θεραπεία της ΙΔΨ διαταραχής που θα θέλατε να αναπτυχθούν στο εργαστήριο

**\*Οι ερωτήσεις σας θα συμβάλουν στην επίτευξη των στόχων του εργαστηρίου & απαιτούνται για τη συμμετοχή σας στο σεμινάριο**

Υπογραφή αιτούντος:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Παρακαλούμε να στείλετε την Αίτηση Εγγραφής συμπληρωμένη με e-mail:* [*cbt@med.uoc.gr*](mailto:cbt@med.uoc.gr)

*Πληροφορίες στο 2810-394617 και στο http://cbt.med.uoc.gr*