Megállapodás a befogadóhellyel

Megállapodó felek:

Klinikai szakképzés (a továbbiakban: "Képzés")

- Név: PTE Pszichológiai Intézet, Klinikai Pszichológia Tanszék, Felnőtt Klinikai Szakpszichológus Képzés
- Képviselő neve és beosztása: Dr. Bérdi Márk, egyetemi adjunktus
- Elérhetőségek: berdi.mark@pte.hu Telefon: 06709846275

Klinikus

- Név: _____
- Klinikusi szakvizsga megszerzésének éve: _____
- Klinikusi engedélyszám: _____
- Elérhetőségek: Telefon:_____ e-mail: _____

Klinikus jelölt

- Név: _____
- Klinikai szakképzés megkezdésének éve: _____
- Elérhetőségek: Telefon:_____ e-mail: _____

A megállapodás tárgya

A jelen megállapodás célja Klinikus felkérése a Pécsi Tudományegyetemen folyó felnőtt klinikai szakpszichológus képzésben részvevő Jelölt gyakorlatának támogatására a szakképzés első két évében

Klinikus kolléga felkérése az alábbiakra:

Kérjük, segítse a Jelölt beilleszkedését az osztályos munkába. Tegye lehetővé, hogy a Jelölt a képzés által elvárt pszichodiagnosztikai vizsgálatokat, beteg explorációkat elvégezhesse. Amennyiben bármilyen kérdése, aggálya felmerül a Jelölt gyakorlati munkájával kapcsolatban, jelezze a Képzés felé. Kérjük, hogy a félévek végén aláírásával igazolja a jelölt által elvégzett gyakorlati félévet.

A Képzés kötelezettségei

A Képzés köteles a jelölt szakmai tudását felkészíteni a klinikai gyakorlati munkára. A Képzés tanrend szerinti szupervíziót, szakmai konzultáció biztosít a Jelölt számára, amely kiterjed az egyes pszichodiagnosztikai eljárások oktatására is.

A befogadóhellyel kötött megállapodás időtartama

A megállapodás a szakképzés első két évére, azaz négy szemeszterre szól.

- A megállapodás időtartama: _____év/hónaptól kezdődően, (várhatóan) _____ év/hónapig
- A megállapodás meghosszabbítása és megrövidítése csak írásos megállapodással lehetséges.

Megállapodás megszűnése

A megállapodás megszűnik:

- A meghatározott időtartam lejártával.

Az Képzés képviselője:	**A befogadóhely klinikai szakpszichológusa:**
Név: Dr. Bérdi Márk	Név: _____
Aláírás: _____	Aláírás: _____

_____

Osztályvezető/intézményvezető aláírása és osztályos/intézményi pecsét

- A Klinikus vagy a Képzés írásos felmondásával.
- Ha a Jelölt befogadóhelyet vált