1. számú melléklet

**KÉPZÉSI TERV**

**Felnőtt klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus képzés**

Jelölt neve:

Születési neve:

Születési hely, idő:

Anyja neve:

A grémiumvezető által kinevezett - szakképzésért felelős személy:

**Dr. Bérdi Márk**

Munkahelye: PTE BTK Pszichológiai Intézet, Tel: (72) 503-600

1. **FÉLÉV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2025.10.01.-2025.12.31.** |
| **Alap-pszichoterápiás gyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2025.10.01.-2025.12.31.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2025.10.01.-2025.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2025.10.01.-2025.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

1. **FÉLÉV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2026.01.01.-2026.06.31.** |
| **Alap-pszichoterápiás gyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2026.01.01.-2026.06.31.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2026.01.01.-2026.08.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2026.01.01.-2026.08.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

1. **FÉLÉV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2026.09.01.-2026.12.31.** |
| **Alap-pszichoterápiás gyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2026.09.01.-2026.12.31.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2026.09.01.-2026.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2026.09.01.-2026.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

1. FÉLÉV

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2027.01.01.-2027.06.31.** |
| **Alap-pszichoterápiás gyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2027.01.01.-2027.06.31.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2027.01.01.-2027.08.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2027.01.01.-2027.08.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

1. **FÉLÉV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2027.09.01.-2027.12.31.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2027.09.01.-2027.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Szupervízió** | Tutor által igazolt szupervízió |  |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2027.09.01.-2027.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

1. **FÉLÉV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2028.01.01.-2028.06.31.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2028.01.01.-2028.08.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Szupervízió** | Tutor által igazolt szupervízió |  |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2028.01.01.-2028.08.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

1. **FÉLÉV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2028.09.01.-2028.12.31.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2028.09.01.-2028.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Szupervízió** | Tutor által igazolt szupervízió |  |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2028.09.01.-2028.12.31.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

1. **FÉLÉV**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bázisgyakorlat** | Aktuálisan meghatározott, akkreditált helyen | **2029.01.01.-2029.05.30.** |
| **Klinikai feladat teljesítése** |  | **2029.01.01.-2029.09.30.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Szupervízió** | Tutor által igazolt szupervízió |  |
| Tutor neve, elérhetősége: |
| **Befogadó hely** |  | **2029.01.01.-2029.09.30.** |
| Tutor neve, elérhetősége: |

**Az abszolutórium kiállításához - módszerspecifikus képzésből elfogadott, beszámított 150 óra önismeret szükséges. Kiképző pszichoterapeuta, vagy pszichoterapeuta által tartott képzés - módszerspecifikus egyesület által kiállított igazolás alapján.**

**……………………………………………………………….. …………………………………………………………**

**Grémiumvezető aláírása Jelölt aláírása**

**Pécs, 2025. ……………………………………………….**

1. sz. melléklet

**Delegáló nyilatkozat**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(Munkáltató neve, címe, képviseletre jogosult neve) engedélyezem, hogy ……………………………………………(Jelölt) a PTE ÁOK Szak- és Továbbképző – PTE BTK Pszichológiai Intézet közös Klinikai és mentálhigiénikus szakpszichológus képzés részeként a szakképzés célja szerint a munkáltatónál nem teljesíthető gyakorlatát a ………………………………………………………………………………………… -ben (intézmény neve, címe) végezze.

Kelt,….

……………………………………………………… …………………………………………………….

Munkáltató Jelölt P.H.

**Befogadó nyilatkozat**

……………………………………………………………………………………………………………………(Befogadó intézmény neve, címe) képviseletében vállalom, hogy …………..………………………………………………………………………………………………………..(Jelölt) számára, aki a PTE ÁOK Szak- és Továbbképző Központ, valamint a PTE BTK Pszichológiai Intézet közös Klinikai- és mentálhigiéniai szakpszichológus képzésében vesz részt, a szakképzés célja szerint a munkáltatónál nem teljesíthető gyakorlat elvégzéséhez a szükséges gyakorló helyet biztosítom. A tutor személye a gyakorlat tartama alatt:………………. Elérhetősége: ………………………………………………..

Kelt,

……………………………………………………… …………………………………………………….

Befogadó Intézményvezető Jelölt

P.H.

1. sz. melléklet

**A munkáltató nyilatkozata[[1]](#footnote-1)**

Alulírott …………………………………………. (munkáltató neve, címe, adószáma, képviseletre jogosult neve, beosztása), mint …………………………………….. (Jelölt neve, Neptun kódja) munkáltatója kijelentem, hogy Jelöltet ………………………..…..-tól …………………………... munkakörben foglalkoztatom. A Jelölt munkaköri leírását jelen nyilatkozathoz csatolom.

Kijelentem továbbá, a jelöltnek a Pécsi Tudományegyetemen folyó klinikai szakpszichológus egészségügyi szakképzésben történő részvételét támogatom, és a vonatkozó jogszabályokban a képzéssel összefüggésben meghatározott alábbi munkáltatói kötelezettségeket vállalom:

1. Foglalkoztatom a jelöltet a szakképzés teljes időtartama alatt.
2. Tudomásul veszem, hogy a szakképzés gyakorlati programjának lebonyolítása akkreditált egészségügyi szolgáltatónál történhet. Az akkreditált képzési hellyé nyilvánítást szükség esetén az Egyetemnél kezdeményezem a jogszabályban foglaltak szerint.
3. A képzési terv szerint engedélyezem a képzési idő alatt a munkavégzés helyének szakképzés céljára történő, ideiglenes, a szakképzés teljesítéséhez szükséges megváltoztatását. Tudomásul veszem, hogy a jelölt a szakképzés képzési idejének egy részét (maximum évente 200 napot) a munkáltatótól eltérő egészségügyi szolgáltatónál akkor töltheti, ha az elsődleges képzőhely az adott szakgyakorlati elem teljesítésére nincs akkreditálva.
4. Biztosítom, hogy a Jelölt a szakpszichológus szakképesítés képzési követelményeit meghatározó jogszabályokban illetve a képzést szervezők által előírt vizsgálatokat teljesíteni tudja.
5. Az Egyetemmel és képzőhellyel együtt felelősséget vállalok a szakképzés elméleti és gyakorlati programjának végrehajtásáért.
6. Kijelölöm a Jelölt tutorát, aki a Jelölt szakképzése alatt teljesítendő egyes képzési elemeknek megfelelő szakvizsgával, továbbá azt követő legalább három éves szakmai gyakorlattal rendelkező, a munkáltató által foglalkoztatott személy lehet és egy tutor egyidejűleg legfeljebb három jelölt szakképzését felügyelheti.

Kelt, ….

---------------------------------------

cégszerű aláírás

1. [↑](#footnote-ref-1)