|  |
| --- |
|  SANAT PSİKOTERAPİLERİ DERNEĞİÜYELİK BAŞVURU FORMU  |
| \*Lütfen üyelik başvurunuzun işleme alınabilmesi için aşağıdaki satırları (2 sf), resmi olarak geçerli bilgilerinizle birlikte, alandaki eğitiminizi ayrıntılı olarak (saat bazında) ve eksiksiz şekilde giriniz.  |
| A. KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ |
| Adı: |  | Soyadı: |  |
| Doğum Tarihi: |  | Doğum Yeri: |  |
| Ana Adı: |  | Baba Adı: |  |
| T.C. Kimlik No: |  | Medeni Hali | Evli ( ) Bekâr ( ) |
| Ev Tel: |  |  Cep Tel: |  |
| Ev Adresi: |  |  Email: |  |
| **Tercih Edilen Yazışma Adresi:** |  **Ev ( )** |  **İş ( )** |
| B. MESLEKİ BİLGİLERİNİZ |
| İş Yeri Adı: |  |  Ünvanınız: |  |
| İş Yeri Adresi: |  | İlçe: |  | İl : |  |
| Posta Kodu: |  | İş Tel: |  |  |
| Faks: |  | E-mail: |  |  |
| C. AKADEMİK GEÇMİŞİNİZ |
| Lisans Derecesi |  |  |  |  |
| Üniversite: |  | Fakülte: |  |  |
| Bölüm: |  | Mezuniyet Yılı: |  |  |
| Yüksek Lisans Derecesi |  |  |  |  |
| Üniversite: |  | Fakülte: |  |  |
| Bölüm: |  | Mezuniyet Yılı: |  |  |
| Doktora Derecesi |  |  |  |  |
| Üniversite: |  | Fakülte: |  |  |
| Bölüm: |  | Mezuniyet Yılı: |  |  |
| D. SANAT PSİKOTERAPİSİ ALANINDAKİ EĞİTİMİNİZ |
|  | Kurum Adı: | Program Adı: | Yılı: | Süresi:(Saat olarak yazınız.) |
| Teorik Eğitim: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Uygulama: |  |  |  |  |
| Süpervizyon: |  |  |  |  |
| Toplam Eğitim Süresi: saat |

**Not: Lisans ve/veya yüksek lisans diplomanız, sanat psikoterapisi alanındaki eğitim ve uygulamalarınızı belgeleyen ilgili dökümanlarınız ile birlikte vesikalık fotoğrafınızı info@sanatpsikoterapileri.org adresine e-posta yoluyla göndermeniz üyelik işlemleriniz tamamlanması için rica olunur.**

Üyelik başvurusu yaptığım Sanat Psikoterapileri Derneği Ana Tüzüğü hükümlerini okuyup kabul ettiğimi, yıllık aidatımı tüzükte belirtilen miktar ve şekilde ödeyeceğimi, yukarıdaki bilgilerimin doğru ve yasalara uygun olduğunu beyan ve taahhüt ederim.

Derneğin esaslarına uymadığım tespit edilirse, öncelikle hakkımda gerekli denetimin yapılacağını, uyarı alacağımı, ihlalin devamı söz konusu olduğundaysa dernekle ilişiğimin kesileceğini kabul ediyorum.

İsim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarih\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ İmza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

