

UTA
UDRUGA TRANSAKCIJSKE ANALIZE
ZAGREB, HRVATSKA



**ZAHTJEV
ZA IZDAVANJE CERTIFIKATA SPECIJALIZANTA TRANSAKCIJSKE ANALIZE
IZ PODRUČJA PSIHOTERAPIJE**

(IME I PREZIME, DATUM ROĐENJA)

Molim da mi se odobri stjecanje certifikata za specijalizanta transakcijske analize iz područja psihoterapije.

Prilažem:

1. Potvrdu o satima profesionalnog treninga (min. 240 sati)
2. Evidenciju/LOG o satima psihoterapijskog rada sa klijentima (min. 80 sati)
3. Potvrdu o supervizijskim satima (min. 30 sati)

Datum: xx.xx.20xx.

Potpis podnositelja/ice zahtjeva: _____

Potpis supervizora/ice: _____

Ime i prezime supervizora/ice: _____



UTA
UDRUGA TRANSAKCIJSKE ANALIZE
ZAGREB, HRVATSKA



**POTVRDA O SATIMA EDUKACIJE
ZA STJECANJE CERTIFIKATA SPECIJALIZANTA TRANSAKCIJSKE ANALIZE
IZ PODRUČJA PSIHOTERAPIJE**

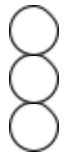
(IME I PREZIME, DATUM ROĐENJA)

Godine od _ do _	Broj sati
Ukupno sati	

* Za sate edukacije koje su održane o strane drugih učitelja dovoljno je priložiti potvrdu sa takve edukacije.

Potpis supervizora/ice _____

Ime i prezime supervizora/ice: _____



UTA
UDRUGA TRANSAKCIJSKE ANALIZE
ZAGREB, HRVATSKA



**EVIDENCIJA O SATIMA PSIHOTERAPIJSKOG RADA SA KLIJENTIMA
ZA STJECANJE CERTIFIKATA SPECIJALIZANTA TRANSAKCIJSKE ANALIZE**

(IME I PREZIME, DATUM ROĐENJA)

Godine od _ do _	Broj sati
Ukupno sati	

Potpis supervizora/ice _____

Ime i prezime supervizora/ice: _____



UTA
UDRUGA TRANSAKCIJSKE ANALIZE
ZAGREB, HRVATSKA



**POTVRDA O SATIMA SUPERVIZIJE
ZA STJECANJE CERTIFIKATA SPECIJALIZANTA TRANSAKCIJSKE ANALIZE
IZ PODRUČJA PSIHOTERAPIJE**

(IME I PREZIME, DATUM ROĐENJA)

Godine od _ do _	Broj sati
Ukupno sati	

*Ukoliko osoba ima više supervizora potrebno je dostaviti formulare sa ispunjenim satima supervizije sa potpisom svakog supervizora ponaosob. Ukoliko je supervizor van Hrvatske, uvažit će se potvrda koju izdaje supervizor. Dovoljno je potvrdu dostaviti kao presliku ili skeniran PDF dokument.

Potpis supervizora/ice _____

Ime i prezime supervizora/ice: _____