

(data)

## Z A Ś W I A D C Z E N I E

Zaświadczam, że Wnioskodawczyni/Wnioskodawca uczestniczy bądź uczestniczył/a w prowadzonym przeze mnie procesie psychoterapii psychoanalitycznej bądź psychoanalizy:

Data rozpoczęcia procesu : \_\_\_\_\_

Data zakończenia procesu: \_\_\_\_\_ (proszę podać datę lub wpisać „trwa”)

Częstotliwość sesji: \_\_\_\_\_ (proszę podać liczbę sesji w tygodniu)

Uwagi – pole dotyczy uwag dotyczących organizacji ram terapii , w szczególności:

1. proszę wskazać okresy ewentualnych innych niż urlopy przerw w procesie lub wpisać „brak przerw w terapii”

2. proszę wskazać okresy psychoterapii z inną częstotliwością niż wskazana wyżej lub wpisać „stała częstotliwość”

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Zaświadczenie jest drukiem Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej, stanowiącym dokument niezbędny w procesie certyfikacji psychoterapeutów psychoanalitycznych.

\_\_\_\_\_  
Wnioskodawczyni/Wnioskodawca

(Imię i nazwisko oraz czytelny podpis)

\_\_\_\_\_  
Osoba prowadząca proces  
Psychoterapii lub psychoanalizy

(Imię i nazwisko oraz czytelny podpis)