



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟΥ ΣΗΜΕΙΩΜΑΤΟΣ

ΒΑΣΙΚΟ ΠΤΥΧΙΟ* (Παρακαλούμε επιλέξτε μία ή περισσότερες κατηγορίες πτυχίων που διαθέτετε):

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

- Ψυχίατρος - Παιδοψυχίατρος Ψυχολόγος Κοινωνικός λειτουργός Νοσηλεύτης Ψυχικής Υγείας
 Εργοθεραπευτής Επισκέπτης Υγείας

ΤΕΧΝΗ (Βασικό Πτυχίο συναφές με το είδος Τέχνης που εμπλέκεται στη δράση τέχνης)

- Θέατρο, Χορός, Μουσική-Μουσικολογία Κινηματογράφος/video
 Εικαστικές τέχνες Ζωγραφική Γλυπτική Κεραμική Κόμικς Χαρακτική Γραφιστική
 Φωτογραφία Σχέδιο/Animation
 Χώρος Γραμμάτων Αρχιτεκτονική Παραγωγοί/ Δημιουργοί αντικειμένων τέχνης
 Λογοτεχνία Ποίηση Δημιουργική Γραφή Αφήγηση
 Μουσειολόγος – Μουσειοπαιδαγωγός
 Ειδικός στην πολιτιστική κληρονομιά Ειδικός στον σύγχρονο πολιτισμό

ΤΕΧΝΗ Λοιπές επιστημονικές ειδικότητες, με μεταπτυχιακές σπουδές στη Μουσειολογία ή Διαχείριση πολιτιστικής κληρονομιάς

- Αρχαιολόγος, Ιστορικός Τέχνης, Συντηρητής έργων τέχνης, Ιστορικός, Φιλολόγος-Λαογράφος, Παιδαγωγός

ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Ένσημα

*Βασικό πτυχίο της ημεδαπής αναγνωρισμένο από το κράτος, ή ισότιμο κι αντίστοιχο της αλλοδαπής αναγνωρισμένο από το ΔΟΑΤΑΠ ή αποδεικτικό εργασίας, αν απουσιάζει βασικός συναφής τίτλος σπουδών(π.χ., ένσημα αν πρόκειται για αυτοδίδακτο κεραμίστα που εξασκεί την τέχνη του τα τελευταία 5 χρόνια).

ΥΠΟΒΑΛΛΩ ΤΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΣΗ:

(επιτρέπεται μόνο μια επιλογή)

<input type="checkbox"/>	Senior Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας	<input type="checkbox"/>	Senior Επαγγελματίας Καλλιτέχνης
<input type="checkbox"/>	Junior Επαγγελματίας Ψυχικής Υγείας	<input type="checkbox"/>	Junior Επαγγελματίας Καλλιτέχνης
<input type="checkbox"/>	Άλλη θέση:		

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο:	
----------	--



Όνομα:		
Πατρώνυμο:		
Ημερομηνία Γέννησης:		
Τηλέφωνο Επικοινωνίας:		
Διεύθυνση mail:		
Διεύθυνση Κατοικίας:		
ΔΗΜΟΣ:		
ΤΚ:		
ΑΦΜ:	ΑΜΚΑ:	
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΒΑΣΙΚΟ ΠΤΥΧΙΟ – ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΙ ΤΙΤΛΟΙ – ΛΟΙΠΟΙ ΤΙΤΛΟΙ ΣΠΟΥΔΩΝ - ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ – ΜΕΛΟΣ ΣΕ ΣΥΛΛΟΓΟ – ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ – ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ - ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ)		
Όνομα Ιδρύματος / Φορέα / Συλλόγου	Τίτλος Πτυχίου – Επιμόρφωση - Εμπειρία	Έτος Λήψης Πτυχίου /Διάρκεια Σπουδών
**ΑΔΕΙΑ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Ημερομηνία Λήψης:
Επαγγελματική Ειδικότητα:		
*ΠΛΗΡΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΕ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	
Εάν ΝΑΙ, προσδιορίστε:	<input type="checkbox"/> ΑΤΟΜΙΚΗ <input type="checkbox"/> ΟΜΑΔΙΚΗ	
Λοιπές πληροφορίες (περιγραφή ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης, διάρκεια κλπ):		
Έχει ληφθεί Πιστοποίηση από την Εθνική Εταιρεία Ψυχοθεραπείας Ελλάδας (ΕΕΨΕ/ΕΑΡ) :	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Εάν ΟΧΙ: Απαιτείται εργασία στην επαγγελματική ειδικότητα που διαθέτετε σε κλινικό πλαίσιο και 5ετής αποδεδειγμένη αυτόνομη κλινική εμπειρία σε συντονισμό ομάδων.



ΥΠΠΟ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

ART^{on}
PRESCRIPTION

ΕΠΙΨΥ

ΚΑΤΟΧΟΣ ECP European Certified Psychotherapist	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Ημερομηνία Λήψης:	
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΓΝΩΣΗ ΧΡΗΣΗΣ Η/Υ	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	Αποδεικτικό:	(ECDL)
Εφόσον επιλεγθείτε είναι υποχρεωτική η προσκόμιση ΠΟΙΝΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ.			

*Για επαγγελματίες, που δεν διαθέτουν πιστοποιημένη ψυχοθεραπευτική εμπειρία από την ΕΕΨΕ, απαιτείται εργασία στη ειδικότητά τους σε κλινικό πλαίσιο και 5ετής αποδεδειγμένη αυτόνομη κλινική εμπειρία σε συντονισμό ομάδων με τον συγκεκριμένο κλινικό πληθυσμό (ηλικία και διάγνωση).

**εφόσον προβλέπεται από το νόμο

ΒΡΑΒΕΙΑ - ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ	
A/A	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΤΕΧΝΗ/ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ/ ΣΥΝΝΑΦΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΡΕΧΟΥΣΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ				
ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ /ΦΟΡΕΑΣ	ΡΟΛΟΣ (ή Θέση)	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ (Παρακαλώ δηλώστε τον πληθυσμό με τον οποίο εργαστήκατε/ διάγνωση, το ηλικιακό εύρος αυτού & αντικείμενο)	Απασχόληση στο Έργο	
			Περίοδος (από – έως)	A/M **
ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ				
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	(Για θέση Senior Ψ). Απαραίτητη η τριετής αποδεδειγμένη, με νόμιμο ή/και προφανή τρόπο, αυτόνομη κλινική εμπειρία και εμπειρία συντονισμού ομάδας , στην ημεδαπή ή αλλοδαπή, τα τελευταία 5 χρόνια με γενικό (ευαίσθητους και ευάλωτους πληθυσμούς) ή με ψυχιατρικό πληθυσμό και ανάλογη της ηλικίας των συμμετεχόντων ασθενών στη δράση (ηλικία και διάγνωση).			
<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ	(Για θέση Junior Ψ). Απαραίτητη η Ομαδική και κλινική εμπειρία στην ημεδαπή ή αλλοδαπή, τα τελευταία 5 χρόνια με γενικό (ευαίσθητους και ευάλωτους πληθυσμούς) ή με ψυχιατρικό πληθυσμό και ανάλογη της ηλικίας των συμμετεχόντων ασθενών στη δράση (ηλικία και διάγνωση, που μπορεί να έχει αποκτηθεί κατ' ελάχιστο στα πλαίσια κλινικής άσκησης ή πρακτικής ή στη διάρκεια των σπουδών του, προπτυχιακών και μεταπτυχιακών, ή επιδοτούμενης πρακτικής ή/και εθελοντικής εργασίας, κ.λπ.			

ΔΗΛΩΝΩ ΥΠΕΥΘΥΝΑ ΟΤΙ:



- Όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι ακριβή και αληθή.
- Εφόσον επιλεγώ για να στελεχώσω τη δράση δέχομαι να υποβάλλω ο/η ίδιος/α ή ο φορέας πρόσληψης/ανάθεσης έργου τα σχετικά αποδεικτικά έγγραφα μέσω της πλατφόρμας της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης.
- Έχω τη γνώση χειρισμού ηλεκτρονικού υπολογιστή, δέχομαι να εκπαιδευτώ στην Πλατφόρμα της Πολιτιστικής Συνταγογράφησης και να καταχωρώ τα δεδομένα της δράσης που θα εκτελώ.

Όνοματεπώνυμο

Υπογραφή

Ημερομηνία Υποβολής