**Национальной Ассоциации поддержки и развития метода**

**психотерапии десенсибилизации и переработки с помощью движений глаз (Национальной ассоциации «ДПДГ»)**

**От сертифицированного практика\консультанта EMDR**

**ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заявление**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО) прошу Национальную ассоциацию «ДПДГ» рассмотреть мою кандидатуру на повторную аккредитацию практика\ консультанта EMDR (*нужное подчеркнуть)* в связи с окончанием срока действия текущего сертификата практика\ консультанта EMDR (*нужное подчеркнуть)* от *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата окончания срока действия сертификата).*

К данному заявлению прикрепляю копии необходимых документов, подтверждающих соответствие статусу практика\ консультанта (*нужное подчеркнуть).*

Я предупрежден, если заявка на повторную аккредитацию не подана или заявитель не соответствует требуемому стандарту, аккредитация будет отозвана, а член будет удален из списка аккредитованных практиков на национальном веб-сайте.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Список предоставленных документов к повторной аккредитации** | **Предоставлено** | **Примечания** |
| Наличие высшего профильного образования, соответствующего уровня  (предоставление скан-копии документов) |  |  |
| Доказательство того, что он/она является полноправным членом национальной организации EMDR. | Предоставлено (скрин с сайта Национальной ассоциации ДПДГ) |  |
| Доказательства того, что он/она ранее соответствовали критериям аккредитации  (заверенные национальной ассоциацией)  Номер и дата выдачи сертификата практика\*  \*(скан-копии сертификата в приложении письма) |  |  |
| Письмо, подтверждающее их профессиональное положение/статус:  рекомендация от консультанта\супервизора EMDR |  |  |
| Доказательства того, что он/она получил 50 кредитов на основе EMDR/AIP в течение 5-летнего периода.  (Предоставить заполненную таблицу с баллами и скан-копии сертификатов) |  |  |
| Согласие на обработку персональных данных  (собственноручно подписанный документ «Политика конфиденциальности персональных данных») |  |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)