

POTVRZENÍ O ABSOLVOVANÍ SUPERVIZI

Tímto potvrzujeme, že

Titul jméno a příjmení:

Organizace (zaměstnavatel):

Pozice / funkce:

se **zúčastnil(a) supervizního setkání** organizovaného naší organizací:

Typ supervize: ☐ individuální ☐ skupinová ☐ týmová

Datum konání:

Délka trvání (hodin):

Supervizor:

Supervizor/zástupce organizátora:

Jméno a příjmení.....

podpis.....

Razítko (pokud je):

Toto potvrzení slouží jako doklad a požadavek do supervizního výcviku v rámci dalšího odborného rozvoje uchazeče v oblasti supervize v sociální práci a pomáhajících profesích.

V dne

☐ Souhlasím se zpracováním svých výše uvedených osobních údajů za účelem komunikace související s mou účastí na výše uvedeném výcviku. Prohlašuji, že poskytované osobní údaje jsou přesné a pravdivé a že jsou poskytovány dobrovolně pro účely výše uvedené. Souhlas lze kdykoli odvolat, a to elektronicky e-mailem na adresu vycvik@issp.cz. Podrobnosti ohledně zpracovávání a ochrany osobních údajů jsou dle Informace poskytované podle čl. 13 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) v případě, že osobní údaje jsou získány od subjektu údajů.

☐ Souhlasím se zpracováním a profilováním všech svých výše uvedených osobních údajů za účelem zkvalitňování a personalizace nabídky dalších produktů i za účelem toho, aby mě ISSP mohla kontaktovat s informacemi o novinkách a aktuálních událostech. Souhlas lze kdykoli odvolat, a elektronicky e-mailem na vycvik@issp.cz.