

**LHPB sertifikācijas komisijai 202\_\_\_. gada \_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Vārds uzvārds (PK \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_) iesniegums par sertifikāta piešķiršanu.**

***for LHPB certification commission 202\_\_\_. of \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_***

***Name Surname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_application for awarding a certificate***

Pievienoju sekojošus dokumentus (to kopijas):

I am attaching the following documents (copies of them):

Aizpilda sertifikācijas komisija (*Completed by the certification commission*)

1. Diploms par augstāko izglītību (*Diploma of higher education*).

2. Dokuments par izglītību psihoterapijā (*Document on education in psychotherapy*).

3. Apliecinājums/-i par personisko terapiju. Stundu skaits (*Personal therapy certificate/s. Hours*):

4. Apliecinājums/-i par saņemto supervīziju. Stundu skaits (*Certificate(s) of supervision received. Hours*):

5. CV.

6. Īss psihoterapeitiskās prakses pārskats (*A brief overview of psychotherapeutic practice*).

7. Apliecinājums par sertifikācijas maksu (*Certification fee statement*).

8. Apliecinājums par biedra naudas nomaksu (*Confirmation of membership fee payment*).

9. Dokumenti par papildus kvalifikāciju (*Documents on additional qualifications*).

*Sertifikācijai nepieciešamie dokumenti jāapkopo mapē, katru dokumentu (1.-9.), sākot ar šo iesniegumu ievietojot savā caurspīdīgā kabatiņā. Papildus kvalifikāciju apliecinošos dokumentus (10.) var ievietot vienā kabatiņā. Būtiski ir ievērot šeit uzrādīto secību.*

*Iesniegums (šis dokuments), CV (6.) un prakses pārskats (7) ir jāparaksta un jādatē.*

*Dokumenti jāiesniedz divas nedēļas pirms sertifikācijas sēdes.*

*The documents required for certification must be collected in a folder. Each document (1-9), starting with this application, should be placed in its own transparent pocket. Additional qualification documents (10.) can be placed in one pocket. It is important to follow the order presented here.*

*The application (this document), CV (6) and description of practice (7) must be signed and dated.*

*Documents must be submitted two weeks before the certification hearing.*

Ar LHPB sertifikācijas kārtību esmu iepazinies/iepazinusies (I am familiar with the LHPB certification procedure).

Vārds (*name*)

Uzvārds (*surname*)

Prakses vieta (*Place of practice*)

Adrese, pilsēta (Address, city)

Tālrunis (*Phone*)

e-pasts (*E-mail*)

Ar savu parakstu apliecinu piekrišanu tam, ka sekmīgas sertifikācijas gadījumā tabulā uzrādītā kontaktinformācija un sertifikāta derīguma termiņš tiek publicēti Latvijas Hipno- Psihoterapeitu Reģistra publiskajā sadaļā.

*With my signature, I confirm my consent to the fact that, in case of successful certification, the contact information presented in the table and the validity period of the certificate are published in the public section of the Register of Hypno-Psychotherapists of Latvia.*

Vārds uzvārds (paraksts) Full name (signature) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dokumenti saņemti (*Documents received*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sertifikācijas sēde (Certification session) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_