**فرم درخواست سوپروایزر ویژه دانشجویان دوره جامع**

اینجانب ….. دانشجوی دوره جامع ورودی سال .......... درخواست معرفی به سوپروایزر مورد تایید موسسه هم آوا را دارم.

* مدت زمان درمان فردی و تعداد جلسات در هفته:
* شرح سوابق سوپرویژن قبلی (فردی و گروهی):
1. نام سوپروایزر:……….. مدت زمان از سال.......... تا سال .......... به صورت فردی/گروهی، علت تغییر سوپروایزر:.......
2. نام سوپروایزر:……….. مدت زمان از سال.......... تا سال……… . به صورت فردی/گروهی، علت تغییر سوپروایزر:.......
* آیا در حال حاضر سوپروایزر دارید (فردی و گروهی)؟
* نام سوپروایزر:......... مدت زمان از سال..........
* تعداد بیماران در حال حاضر:
* از چه زمانی کار بالینی را آغاز کرده اید؟
* شرح سوابق آموزشی: (کامل بنویسید)
* سوپروایزر انتخابی:
* آدرس ایمیل:
* شماره تلفن:
* لطفا بخش زیر را با دقت بخوانید و با اطلاع کامل از شرایط آن را امضا بفرمایید.

شرایط بخش عملی آموزش دوره جامع:

* بعد از دریافت نامه درخواست سوپروایزر، به شما سوپروایزر معرفی خواهد شد.
* هر دانشجو ملزم به گذراندن حداقل 100 ساعت سوپرویژن بالینی در طی دو سال است.
* ساعات سوپرویژن از سال دوم برای دانشجو محاسبه می‌شود.
* ساعات سوپرویژن گذرانده شده در سال اول و قبل از آن برای دانشجو محاسبه نمی‌شوند و دانشجویی که قبل از سال دوم، تحت‌نظر سوپروایزر در حال انجام کار بالینی است، ساعتی برایش لحاظ نمی‌گردد.
* اگر دانشجویی تحت‌نظر سوپروایزری خارج از کادر سوپروایزهای هم‌آوا باشد، لازم است که در سال دوم تحت‌نظر یکی از سوپروایزرهای معرفی شدۀ هم‌آوا قرار گیرد (لزومی به ترک سوپرویژن قبلی نیست، اما می‌بایست تعداد مشخصی از بیماران خود را تحت نظارت سوپروایزر هم‌آوا پیش ببرد و می‌تواند همزمان دو سوپروایزر داشته باشد، اما ملاک ساعات سوپرویژن، تنها ساعات گذرانده شده با سوپروایزر هم‌آوا است).
* در صورتی که سوپروایزر قبلی، از بین کادر سوپروایزرهای هم‌آوا باشد، لزومی به تغییر وی یا شروع کار با سوپروایزر جدید نیست، اما همچنان ساعات سوپرویژن از ابتدای سال دوم سوپرویژن محاسبه می‌شود و ساعات ماقبل آن لحاظ نمی‌شود.
* هر سوپروایزر در پایان هر سال، یک نامه ارزیابی برای کمیتۀ آموزش و ارزیابی ارسال خواهد کرد.
* هر سوپروایزر در پایان دو سال یک نامه ارزیابی نهایی، در تایید گذراندن 100 ساعت و اینکه سوپروایزی دو بیمار را به مدت حداقل یک سال تحت درمان و سوپرویژن داشته برای کمیتۀ آموزش و ارزیابی ارسال خواهد کرد.

تاریخ و امضا