



Polskie Stowarzyszenie Psychologów,  
Psychoterapeutów i Lekarzy

nr XXX.XX.XX

# Certyfikat

PSYCHOTERAPEUTY

Polskie Stowarzyszenie Psychologów, Psychoterapeutów i Lekarzy zaświadcza, że:

[Imię i nazwisko]

Data urodzenia: XX.XX.XXXXr.

Tytuł zawodowy/naukowy: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

ukończył/a całościowe szkolenie w zakresie psychoterapii w wymiarze co najmniej 1200 godzin,  
prowadzone w metodach o naukowo udowodnionej skuteczności, w modalności:

[Nazwa modalności]

Certyfikat został przyznany po zdaniu egzaminu certyfikacyjnego przed Komisją Egzaminacyjną  
powołaną przez PSPPiL, działającą niezależnie od jednostki szkolącej i zgodnie z przepisami prawa.

Certyfikat jest ważny przez 2 lata od daty wydania.

.....  
Przewodniczący  
Komisji Certyfikacyjnej

.....  
Prezes Zarządu  
PSPPiL

Miejscowość, XX miesiąc XXXX r.

