

Jméno a příjmení školence:

K čemu slouží záznam provedených výkonů - logbook?

Předkládaný Záznam provedených výkonů ve specializačním vzdělávání neboli logbook je součástí vzdělávacího programu v oboru klinická psychologie a slouží k evidenci průběhu odborné praxe školence, včetně evidence všech stanovených výkonů, které má školenc v průběhu celého specializačního vzdělávání v oboru vykonat ve zdravotnickém zařízení pod odborným dohledem nebo supervizí školitele.

Evidence prováděných činností slouží školenci k monitorování postupu ve specializačním vzdělávání a školiteli k hodnocení úrovně znalostí a dovedností a osvojovaných klinických kompetencí školence.

Stanovené počty výkonů jsou nepodkročitelné, o jejich provedení školencem musí být evidence v dokumentaci zdravotnického zařízení. Uchazeč o atestační zkoušku musí být schopen doložit, že stanovené výkony skutečně na uvedeném pracovišti provedl. Školitel s příslušnou specializovanou způsobilostí průběžně hodnotí činnost školence a potvrzuje, že stanovené výkony byly v dostatečné kvalitě a počtu provedeny a jím supervidovány.

Specializační vzdělávání v oboru klinická psychologie probíhá v souladu s vyhláškou č. 55/2011 Sb. a zákonem č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů ve dvou na sebe navazujících fázích: základním tříletém kmeni a vlastním specializovaným výcviku. Celková délka specializačního vzdělávání je minimálně 60 měsíců povinné praxe ve zdravotnictví pod odborným vedením školitele, z toho minimálně 12 měsíců na akreditovaném pracovišti.

Jméno a příjmení školence:

VZOR | P | VZ

I. ČÁST

ZÁKLADNÍ KMEN
PRO KLINICKOU
PSYCHOLOGII

ZÁKLADNÍ KMEN – KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Základní část pro klinickou psychologii – celkem 36 měsíců	od	do	počet měsíců	místo absolvování (zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele podpis, jmenovka, razítko pracoviště
povinná praxe						
36 měsíců	praxe na psychologickém pracovišti zdravotnického zařízení, typ praxe je volitelný dle možností a zaměření účastníka vzdělávání					

Praxe probíhá na zdravotnických pracovištích pod odborným vedením klinického psychologa (se specializovanou způsobilostí a nejméně 5 lety praxe v oboru).

ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH

Kurzy, semináře	Počet dní	Počet kreditů	Počet kreditů celkem za dobu specializačního vzdělávání	Datum konání
Absolvování psychoterapeutického minima. Podmínkou splnění psychoterapeutického minima je: a) absolvování akreditovaného certifikovaného kurzu v psychoterapii v rozsahu 140 hodin, z toho 80 hodin sebezkušenosti a nácviku základních psychoterapeutických dovedností a 60 hodin supervize, nebo b) absolvování 200 hodin zahájeného komplexního akreditovaného psychoterapeutického vzdělávání	minimálně 20 dní	dle vzdělávacího programu		
Povinné jednodenní teoretické semináře během specializačního vzdělávání pořádané akreditovaným zařízením 1 x v každém semestru	1	2		
Povinná účast na kazuistických seminářích, konaných na akreditovaných pracovištích (s minimálním počtem účastnických míst 10 pod vedením akreditovaného školitele se zajištěnou zastupitelností dalším akreditovaným odborníkem)	minimálně 10 seminářů za semestr (celkem 20 hodin)	10		
Povinný kurz Neodkladná první pomoc	2	4		
Povinný seminář Základy zdravotnické legislativy	1	2		

Absolvování kurzu Neodkladná první pomoc a semináře Základy zdravotnické legislativy není podmínkou pro ukončení základního kmene. Lze je absolvovat i během dalšího průběhu specializovaného výcviku.

Podmínkou pro ukončení základního kmene je splnění všech požadavků stanovených vzdělávacím programem, včetně úspěšného absolvování psychoterapeutického minima, zakončeného ověřením znalostí.

Jméno a příjmení školence:

VZOR | P | VZ

II. ČÁST

VLASTNÍ

SPECIALIZOVANÝ

VÝCVIK

PRO

KLINICKOU

PSYCHOLOGII

no a příjmení školence:

VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Vlastní specializovaný výcvik v oboru klinická psychologie – minimálně 24 měsíců						
Povinná praxe – na akreditovaném pracovišti lze vykonat v kterékoli fázi specializačního vzdělávání též formou odborných stáží	od	do	počet měsíců	místo absolvování (zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
24 měsíců povinná praxe pod odborným vedením klinického psychologa, z toho minimálně 12 měsíců musí být absolvováno na akreditovaném pracovišti z toho:						
min. 1 měsíc/160 hodin – na psychologickém pracovišti poskytujícím péči o děti						
min. 1 měsíc/160 hodin – na psychologickém pracovišti, které poskytuje své služby psychiatrickým pacientům						
min. 1 měsíc/160 hodin – na psychologickém pracovišti lůžkového oddělení, které poskytuje své služby pacientům jiných lékařských oborů						

VLASTNÍ SPECIALIZOVANÝ VÝCVIK V OBORU KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Vlastní specializovaný výcvik v oboru klinická psychologie – minimálně 24 měsíců							
Doporučená doplňková praxe		od	do	počet měsíců	místo absolvování (zdravotnické zařízení, oddělení)	rozsah týdenní pracovní doby (úvazek)	potvrzení školitele, podpis a jmenovka, razítko pracoviště
délka trvání neurčena	praxe dle vlastní volby na psychologických pracovištích s odlišným odborným zaměřením než je zaměření vlastního pracoviště, která vhodně doplní praxi a stáže na klinických pracovištích podle zadání logooku						

ÚČAST NA VZDĚLÁVACÍCH AKTIVITÁCH

Kurzy, semináře	Počet dní/kreditů	Počet kreditů celkem za dobu specializačního vzdělávání	Datum konání
Povinný specializační kurz v klinické psychologii	min. 1 týden/10 kreditů		
Povinné jednodenní teoretické semináře během specializačního vzdělávání pořádané akreditovaným zařízením <i>1 x v každém semestru</i>	1 den/2 kredity za každou účast		
Povinná účast na kazuistických seminářích, konaných na akreditovaných pracovištích (s minimálním počtem účastnických míst 10 pod vedením akreditovaného školitele se zajištěnou zastupitelností dalším akreditovaným odborníkem)	minimálně 10 seminářů za semestr (celkem 20 hodin – 10 kreditů)		
Certifikované kurzy v psychologických diagnostických metodách (např. Užití Rorschachovy metody, Wechslerovy soubory, Psychologická vývojová diagnostika atd.) a další certifikované kurzy v dílčích oblastech klinické psychologie	dle vyhlášky		
Další odborné akce pořádané IPVZ, AKP, Českomoravskou psychologickou společností, ČSL JEP a jiných odborných společností	dle vyhlášky		

Účastník specializačního vzdělávání musí získat celkem minimálně 75 kreditů, které mu umožní přistoupit k atestační zkoušce.

SEZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ BĚHEM SPECIALIZAČNÍ PŘÍPRAVY OBORU KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Výkon	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Psychopatologický nález – popis pacienta (bez věkového omezení), jeho vzezření a chování, popis jeho kognitivních funkcí, emotivity, motoriky, vůle aj., terminologií obecné psychopatologie	5	
Vyšetření inteligence aktuální verzí Wechslerových inteligenčních souborů spolu s použitím specifických metod na vyšetření paměti a pozornosti; interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky	10	
Vyšetření inteligence a osobnosti (včetně diagnostického rozhovoru, testů osobnosti, paměti a pozornosti apod.); interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky (vyšetření intelektu musí být provedeno aktuální verzí Wechslerových inteligenčních souborů, vyšetření osobnosti musí zahrnovat ROR nebo aktuálně platné verze komplexního testu osobnosti – aktuální verze MMPI)	20	
Klinické či výzkumné posouzení pacienta (bez věkového omezení) posuzovacími stupnicemi; interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky	5	
Komplexní vyšetření dítěte do 6 let věku, obsaženo musí být posouzení vývojové úrovně nebo vyšetření inteligence u dětí do 6 let s využitím globální vývojové škály (Gesell, Bayleyová) nebo globálního inteligenčního souboru pro předškolní věk (SB-IV, TM-SB, K-ABC aj.); hodnocení rodinných vztahů na základě přímého pozorování interakce a/nebo alespoň 2 klinických metod (kresebné metody, Scénotest, projektivní rozhovor, varianty TAT, event. Bene-Anthony); hodnocení osobnostních charakteristik dítěte	5	
Komplexní vyšetření dětí školního věku (7–15 let) obsahující hodnocení schopností (využití globální individuální intelektové baterie a testů či škál speciálních schopností), osobnosti a rodinných vztahů (včetně diagnostického rozhovoru/hry s dítětem a rozhovoru s rodiči), k diagnostice osobnosti musí být použit ROR nebo varianta TAT a projektivní rozhovor	5	
Komplexní vyšetření dospívajících (13–18 let) obsahující kompletní vyšetření kognitivních schopností (s využitím některé aktuální verze Wechslerových inteligenčních souborů a testů speciálních schopností) a osobnosti (včetně diagnostického rozhovoru, projektivních metod a alespoň jedné metody dotazníkové)	5	

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

SEZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ VE SPECIALIZOVANÉM VÝCVIKU OBORU KLINICKÁ PSYCHOLOGIE

Výkon	Počet požadovaných výkonů	Počet provedených výkonů
Komplexní vyšetření (kognitivní funkce, osobnost, rodinné vztahy atd.) v rámci diferenciatní diagnostiky (bez věkového omezení)	20	
Podpůrná psychoterapie individuální, event. krizová intervence nebo klinické poradenství (bez věkového omezení) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců	20 pacientů	
Aktivní účast minimálně na 20 skupinových a/nebo komunitních sezeních vedených kvalifikovaným psychoterapeutem	20 sezení	
Účast na kazuistických seminářích na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoretickou i praktickou část výuky oboru klinická psychologie)	min. 20 hod. za semestr	

Psychoterapeutické výkony lze vykazovat též, jsou-li součástí systematického psychoterapeutického výcviku.

Datum:

Podpis a jmenovka školitele, razítko akreditovaného pracoviště:

ZÁZNAM POŽADOVANÝCH VÝKONŮ A JEJICH ČETNOST NEBO DÉLKA BĚHEM SPECIALIZOVANÉHO VÝCVIKU V KLINICKÉ PSYCHOLOGII

Typ provedeného výkonu: PSYCHOPATOLOGICKÝ NÁLEZ — popis pacienta (bez věkového omezení), jeho vzezření a chování, popis jeho kognitivních funkcí, emotivity, motoriky, vůle aj., terminologií obecné psychopatologie

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ INTELIGENCE aktuální verzí Wechslerových inteligenčních souborů spolu s použitím specifických metod na vyšetření paměti a pozornosti; interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ INTELIGENCE A OSOBNOSTI (včetně diagnostického rozhovoru, testů osobnosti, paměti a pozornosti apod.); interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky (vyšetření intelektu musí být provedeno aktuální verzí Wechslerových inteligenčních souborů, vyšetření osobnosti musí zahrnovat ROR nebo aktuálně platně verze komplexního testu osobnosti – aktuální verze MMPI)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: VYŠETŘENÍ INTELIGENCE A OSOBNOSTI (včetně diagnostického rozhovoru, testů osobnosti, paměti a pozornosti apod.); interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky (vyšetření intelektu musí být provedeno aktuální verzí Wechslerových inteligenčních souborů, vyšetření osobnosti musí zahrnovat ROR nebo aktuálně platné verze komplexního testu osobnosti – aktuální verze MMPI)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: KLINICKÉ ČI VÝZKUMNÉ POSOUZENÍ PACIENTA (bez věkového omezení) posuzovacími stupnicemi; interpretace výsledků v rámci diferenciální diagnostiky

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DÍTĚTE DO 6 LET VĚKU**, obsaženo musí být posouzení vývojové úrovně nebo vyšetření inteligence u dětí do 6 let věku s využitím globální vývojové škály (Gesell, Bayleyová) nebo globálního inteligenčního souboru pro předškolní věk (SB-IV, TM-SB, K-ABC aj.); hodnocení rodinných vztahů na základě přímého pozorování interakce a/nebo alespoň 2 klinických metod (kresebné metody, Scénotest, projektivní rozhovor, varianty TAT, event. Bene-Anthony); hodnocení osobnostních charakteristik dítěte

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DĚTÍ ŠKOLNÍHO VĚKU (7–15 LET) obsahující hodnocení schopností (využití globální individuální intelektové baterie a testů či škál speciálních schopností), osobnosti a rodinných vztahů (včetně diagnostického rozhovoru/hry s dítětem a rozhovoru s rodiči), k diagnostice osobnosti musí být použit ROR nebo varianta TAT a projektivní rozhovor

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ DOSPÍVAJÍCÍCH (13–18 LET) obsahující komplexní vyšetření kognitivních schopností (s využitím některé aktuální verze Wechslerových inteligenčních souborů a testů speciálních schopností) a osobnosti (včetně diagnostického rozhovoru, projektivních metod a alespoň jedné metody dotazníkové)

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ (kognitivní funkce, osobnost, rodinné vztahy atd.) v rámci diferenciální diagnostiky (bez věkového omezení)**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ (kognitivní funkce, osobnost, rodinné vztahy atd.) v rámci diferenciální diagnostiky (bez věkového omezení)**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ, event. krizová intervence nebo klinické poradenství (bez věkového omezení) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE INDIVIDUÁLNÍ, event. krizová intervence nebo klinické poradenství (bez věkového omezení) nejméně v rozsahu 5 hodin v rozmezí minimálně 3 měsíců**

Poř. číslo	Číslo chorobopisu nebo iniciály pacienta	Diagnóza	Datum provedení výkonu	Pracoviště	Potvrzení školitele
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **AKTIVNÍ ÚČAST NA SKUPINOVÝCH A/NEBO KOMUNITNÍCH SEZENÍCH vedených kvalifikovaným psychoterapeutem**

Poř. číslo	Datum sezení	Název, adresa zdravotnického zařízení, kde se sezení konalo	Podpis školitele
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: **AKTIVNÍ ÚČAST NA SKUPINOVÝCH A/NEBO KOMUNITNÍCH SEZENÍCH vedených kvalifikovaným psychoterapeutem**

Poř. číslo	Datum sezení	Název, adresa zdravotnického zařízení, kde se sezení konalo	Podpis školitele
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

VZOR PVL

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

VZOR PVL

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

VZOR PPLV

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

Typ provedeného výkonu: ÚČAST NA KAZUISTICKÝCH SEMINÁŘÍCH na určených pracovištích (veškerá pracoviště, která mají akreditaci na teoreticko-praktickou část výuky oboru klinická psychologie) – min. 20 hodin za semestr

Počet hodin	Datum	Název, adresa akreditovaného zařízení, kde se seminář konal	Podpis školitele

VZOR PVP

Datum potvrzení:

Podpis a jmenovka školitele, razítko pracoviště:

PŘEHLED VLASTNÍ PUBLIKAČNÍ ČINNOSTI

Datum	Téma

VZORIPVZ

POZNÁMKY

VZOR IPVZ