

**CERERE ELIBERARE CERTIFICAT**

Subsemnatul(a) \_\_\_\_\_  
legitimat(ă) cu CI/buletin de identitate seria \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ eliberat de pol. \_\_\_\_\_ la data \_\_\_\_\_, CNP \_\_\_\_\_, domiciliat(ă) în \_\_\_\_\_, str \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ bl \_\_\_\_\_ sc \_\_\_\_\_ ap \_\_\_\_\_ cod poștal \_\_\_\_\_ sector/județ \_\_\_\_\_, aflat(ă) în formare în cadrul ACCPI, specialitatea (va rugăm specificați: psihoterapie integrativă, hipnoterapie, psihoterapia copilului, coaching, psihoterapie existențială):

\_\_\_\_\_ formatori/supervizori

\_\_\_\_\_,  
instituția organizatoare: ASOCIAȚIA DE CERCETARE, CONSILIERE ȘI PSIHOTERAPIE INTEGRATIVĂ, localitatea \_\_\_\_\_

Prin prezenta solicit eliberarea certificatului pentru treapta de specializare:

Psihoterapeut practicant sub supervizare

Data: \_\_\_\_\_

Semnătura: \_\_\_\_\_