

)علم وخبر رقم 691 - تاريخ التأسيس 25 نيسان 2013)

**دورة التدريب الأساسي لعلاج الـEMDR 2025 - 2027**

**نموذج الطلب**

شكراً لكم على اهتمامكم بالتقدم بطلب للحصول على دورة التدريب الأساسي لعلاج الـEMDR. يرجى (1) قراءة مُتطلبات الأهلية والمستندات المطلوبة ، ثم (2) إكمال نموذج الطلب التالي لتزويدنا بالمعلومات والتفاصيل اللازمة. سيتم الحفاظ على سرية كل المعلومات فيه.

**يرجى طباعة المعلومات بصيغة WORD وحفظها وإرسالها إلى training@emdrlebanon.org مع المستندات المطلوبة كما هو مذكور في نهاية هذا الطلب.**

|  |  |
| --- | --- |
| **شروط الأهليّة للمشاركة** | **المستندات المطلوبة** |
| 1. يجب أن يكون المشارك حائزاً على شهادة ماجستير أو دكتوراه في **علم النفس** أو **الطب النفسي.**
2. يجب أن يكون للمشارك **خبرة سنتين على الأقل** في العمل كنفساني بعد شهادة الماجستير.
3. يجب أن يكون لدى المشارك **إجازة مزاولة مهنة** "العيادي النفسي" أو "التربوي النفسي" أو "الطب النفسي" من وزارة الصحة اللبنانية.
4. يجب أن يكون المشارك **ممارساً حاليّاً في العمل كنفساني**.
5. يجب أن يقابل المشارك **"لجنة المحافظة على المستوى المهني"** وينال منها الموافقة.
 | مع هذا الطلب، يُرجى تحميل المستندات التالية:1. السيرة الذاتية CV.
2. نسخ ممسوحة عن **الهوية وجواز السفر**
3. نسخة ممسوحة عن **أعلى شهادة جامعية**
4. نسخة ممسوحة من **"إجازة مزاولة المهنة"** الخاصة بك من وزارة الصحة العامة.
5. نسخة ممسوحة عن **رسالة توصية** من المراجع التي تثبت أنّ لديك خبرة سنتين على الأقل في العمل كممارس نفساني بعد شهادة الماجستير.
6. إن كنت تعمل في مؤسسة، فيجب أن توفّر لنا وثيقة تثبت بأنّك تعمل فيها كنفساني (إما موظف أو متطوّع).

ملاحظة: الرجاء مَسح المُستندات بواسطة "السكانر وليس بواسطة الهاتف الخلوي. |

1**- معلومات عن مُقدّم الطلب:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الاسم الأول**:  | **اسم الأب:** | **اسم العائلة**: |
| **الجنس:** 🞏 ذكر 🞏 أنثى | **تاريخ الميلاد:**  |
| **الجنسية:**الأولى: | الثانية (إن وجدت): |
| **الوضع العائلي:** 🞏 أعزب 🞏 متزوج 🞏 أرمل 🞏 مطلّق |
| **هل لديك أولاد؟** 🞏 نعم 🞏 لا | إن كان الجواب نعم، فما العدد؟ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **اللغات:**  | **بطلاقة** (ضع 🗶) | **جيدة** | **مرضية** | **ضعيفة** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **عنوان السكن:** |
| المحافظة: | المدينة / القرية: | المنطقة/الحي: |
| الشارع: | المبنى: | الطابق: |

|  |
| --- |
| **للاتصال:** |
| الهاتف الثابت: | الهاتف الجوّال: |
| العنوان الالكتروني: |

**2- التحصيل العلمي والخبرة:**

**الشهادات الجامعية (بدءاً بالأحدث):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **الشهادة** | **الإختصاص** | **الجامعة** | **السنة** | **البلد** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**شهادات أخرى:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **النوع** | **الإختصاص** | **المؤسسة** | **السنة** | **البلد** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**الخبرة التدريبية:** (في العلاج النفسي، الإرشاد النفسي، أو التقييم النفسي)

|  |
| --- |
| **نوع التدريب**: |
| **عدد السنوات**: |
| **المناهج العلاجيّة النفسيّة التي تم التدرّب عليها** (إن وجدت):  |

**3- العمل الحالي:**

**هل لديك عيادة خاصة بك؟ نعم - لا**

**- عنوان العيادة:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| المحافظة: | المدينة / القرية: | المنطقة / الحي: |
| الشارع: | المبنى: | الطابق: |

**هل تعمل في مؤسسة؟**  **نعم - لا**

|  |
| --- |
| **- اسم المؤسسة 1:**  |
| **- هل هذه المؤسسة:**  | 🞏 لا تبغي الربح | 🞏 قطاع خاص | 🞏 قطاع رسمي |
| **- هل عملك:**  | 🞏 تطوعي | 🞏 دوام كامل  | 🞏 دوام جزئي |
| **- ما هو نوع الوظيفة؟**  |
| **- عنوان المؤسسة 1:** |
| المحافظة: | المدينة / القرية: | المنطقة: |
| الشارع: | المبنى: | الطابق: |

**هل تعمل في مؤسسة ثانية؟**  **نعم - لا**

|  |
| --- |
| **- اسم المؤسسة 2:**  |
| **- هل هي مؤسسة:**  | 🞏 لا تبغى الربح | 🞏 خاصة | 🞏 رسمية |
| **- هل عملك:**  | 🞏 تطوعي | 🞏 بدوام كامل  | 🞏 بدوام جزئي |
| **- ما نوع الوظيفة؟**  |
| **- عنوان المؤسسة 2:** |
| المحافظة: | المدينة / القرية: | المنطقة / الحي: |
| الشارع: | المبنى: | الطابق: |

**الخبرة في التدخّل النفسي** (هي العمل كممارس فعلي وليس التدريب)

|  |
| --- |
| عدد سنوات الخبرة **بعد** نيل شهادة الماجستير:  |
| نوع الخبرة:  |

**أنواع التدخّلات النفسية التي تستخدمها في عملك:** (ضع علامة 🗶)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | الإرشاد النفسي |  | العلاج السلوكي |
|  | العلاج المعرفي السلوكي  |  | التحليل النفسي  |
|  | العلاج التفاعلي |  | العلاج النفسي الجماعي |
|  | العلاج الإنساني |  | علاج النظم الأسرية |
|  | أنواع أخرى: |  | أنواع أخرى: |

**أنواع الاضطرابات النفسيّة التي تتعامل معها:** (ضع علامة 🗶)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | إضطرابات القلق (اضطراب القلق المُعَمّم، الهلع، الوسواس القهري، الرهاب ...) |  | الإكتئاب |
|  | اضطراب ثنائي القطب |  | اضطراب ما بعد الصدمة |
|  | الإدمان |  | الاضطرابات الانشقاقيّة dissociative disorders |
|  | اضطرابات النمو (مشاكل التواصل والنطق، نقص في النمو العقلي، الإعاقات التعلميّة، التوحّد ...) |  | إضطراب سلوكي (اضطراب قصور الانتباه وفرط الحركة ، العدائية ، التخريب ، الجنوح ...) |
|  | اضطرابات مرتبطة بسلوك الأكل |  | اضطرابات الفصام (شيزوفرينيا) |
|  | الإضطرابات الشخصية |  | الإضطرابات الإدراكيّة (الألزهايمر، الخرف...) |

**الفئات التي تعالجها :**(ضع علامة 🗶)

|  |  |
| --- | --- |
|  | الرضّع/الأطفال (عمر صفر – 3 سنوات) |
|  | الأطفال (3 سنوات – 12 سنة) |
|  | المراهقين (13 سنة – 17 سنة) |
|  | الراشدين  |
|  | الأزواج |
|  | المجموعة  |
|  | الأسر |
|  | كبار السن |

 أقر أنّ المعلومات المدوّنة في هذه الاستمارة صحيحة وكاملة. أدرك أنّ تعبئة هذه الاستمارة لا تعني أنّني حصلت على الموافقة لتلقي التدريب. وأدرك أيضاً أنّ "لجنة المحافظة على المستوى المهني" في جمعية EMDR لبنان ستدرس طلبي بحسب كفاءاتي، شهاداتي، وسنوات خبرتي وأنها ستُجري معي مقابلة قبل الموافقة النهائية.

**التوقيع** (طباعة الاسم)**:**

**التاريخ:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**يجب أن تقدّم كل الوثائق المطلوبة إلى training@emdrlebanon.org حتى تتم دراسة طلبك.**

إن كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية، فالرجاء التواصل مع الآنسة منى عبدالله.

الجوال 76/754125

البريد الإلكتروني

***mona.abdallah@emdrlebanon.org***