

**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
- Psihoterapeut practicant autonom

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

Semnătura: \_\_\_\_\_