

Z A Ś W I A D C Z E N I E

o superwizji w szkoleniu z psychoterapii dzieci i młodzieży

Zaświadczam, że p. uczestniczy/
(imię i nazwisko)

uczestniczył/-a w prowadzonej przeze mnie superwizji w trakcie szkolenia.

Data rozpoczęcia: Data zakończenia:
(proszę podać datę lub wpisać „trwa”)

Informacje dotyczące procesu superwizji i terapii:

1. proszę wskazać łączny czas trwania superwizji, częstotliwość, ilość godzin:

.....

2. proszę wskazać grupę wiekową z jakiej wywodzi się pacjent/ -ka:

.....

3. proszę wskazać jak długo i z jaką częstotliwością pacjent/ -ka odbywali sesje:

.....

Zaświadczenie jest drukiem Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Psychoanalitycznej,
stanowiącym dokument niezbędny w procesie certyfikacji psychoterapeutów psychoanalitycznych.

Osoba ubiegająca się o zaświadczenie

(Imię i nazwisko oraz czytelny podpis)

Superwizor/Superwizorka

(Imię i nazwisko oraz czytelny podpis)