



P O T V R D A

o obavljenim satima kliničke supervizije

Ime i prezime studenta/ce

Realizirao/la _____ sati kliničke supervizije organizirane u okviru Programa edukacije za (molimo zaokružiti):

1. Integrativnog psihoterapeuta za djecu i adolescente
2. Integrativnog psihoterapeuta

Klinička supervizija je realizirana u periodu od _____ do _____. god.

** Supervizor je obavezan uz ovu Potvrdu dostaviti i popunjen Formular za supervizora.

Prezime i ime supervizora:

Potpis supervizora:

Mjesto i datum: _____