ISTITUTO
SANTA CHIARA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PCNI – PSICOTERAPIA COGNITIVO-NEUROPSICOLOGICA INTEGRATA "ISTITUTO SANTA CHIARA"

Dichiarazione di supervisione

Io sottoscritto/a _____, iscritto/a al _____ anno della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo – Neuropsicologica Integrata "Istituto Santa Chiara" ho richiesto ed effettuato in data odierna la supervisione con il/la dot/dott.ssa _____

La supervisione ha avuto la durata di _____ minuti.

Luogo _____, Data _____

Firma discente

_____

Firma tutor

_____