bhidapa.ba
info@bhidapa.ba
Emerika Bluma 9a
71 000 Sarajevo
+387 61 773 887
+387 33 744 634
UniCredit: 3387302238277714
RBBH: 1610000134890054

Obrazac 12A.

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
3. Seksualnog zdravlja, terapije i savjetovanja

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

Napomena: Za programe pod rednim brojevima 1 i 2 supervizor je obavezan uz ovu potvrdu dostaviti i popunjen Formular za supervizora.

_____

Prezime i ime superviziora:

_____

Potpis supervizora:

Mjesto i datum:_____