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

Obrazac 15B -IP.

P O T V R D A

Z A O B A V L J A N J E K L I N I Č K E P R A K S E

Potvrđuje se da je

_____

edukant/ica treće godine postdiplomskog edukacijskog programa integrativne psihoterapije.

U skladu sa planom i programom edukacije, edukant/ica je od treće edukacije godine do završnog ispita u periodu od _____do _____, obavezi obaviti kliničku praksu poštujući etički kodeks struke i pravila navedena u Izjavi o obavljanju kliničke prakse, br._____.

Potvrda se izdaje edukantu/ici uz potpisanu Izjavu i pečatom ovjerenu, o obavljanju kliničke prakse, a koja je sastavni dio ove Potvrde.

Edukant/ica se obavezuje da će kliničku praksu obavljati pod supervizijom i mentorstvom.

Ljubazno Vas molimo, da _____ edukantu/ici integrativne psihoterapije omogućite obavljanje kliničke prakse u vašoj ustanovi.

Hvala!

Članovi/ice edukacijskog odbora BHIDAPA-EAPTI:

_____ M.P.

_____

_____