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

Obrazac 24.

ZAHTJEV ZA IZDAVANJE STUDIJSKOG OBRASCA

P O T V R D A:

_____

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.

** Potvrda će biti izdata nakon dostave potvrde o uplaćenom iznosu od 20 KM u svrhu izdavanja potvrde

_____

Prezime i ime voditelja odsjeka:

_____

Potpis supervizora:

Mjesto i datum:_____