

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

για τη διαδικασία εγγραφής εποπτών

Ο/Η ,

πιστοποιημένος/η επόπτης/ τρια Gestalt µε κωδικό .....................................................................

δηλώνω ότι έχουμε κάνει (αριθμός) συναντήσεις εποπτείας, που αφορούσαν σε:

α) Ατομική θεραπεία β) Ομαδική θεραπεία γ) Θεραπεία ζευγαριών δ) Θεραπεία παιδιών-εφήβων δ) Άλλο .......................................

µε τον/την (ονοματεπώνυμο υποψήφιου µέλους επόπτη/τριας)

Κάθε συνάντηση είχε διάρκεια (ώρες)

Οι συναντήσεις πραγματοποιήθηκαν στο χρονικό διάστημα από ......................................................

έως ........................................................................

Υπογραφή επόπτη/τριας

................................................................................

Ημερομηνία Υπογραφή υποψήφιου µέλους επόπτη/τριας

............................................ ........................................................................................