

**ATTESTATO DI FINE  
SUPERVISIONE**

**NB:** è necessario apporre in questo spazio il proprio timbro <sup>1</sup>

Io sottoscritta/o dott.ssa/ dott. \_\_\_\_\_

Membro (*Ordinario con funzioni di training, Ordinario*) <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

della società \_\_\_\_\_

**Attesto che ho concluso**

Studio

Skype

una supervisione a cadenza (*settimanale, quindicinale*) \_\_\_\_\_

dal (*data di inizio della supervisione*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, di un caso di un paziente  
adulto seguito dal / dalla dott. / dott.ssa (*nome e cognome dell'allievo*) \_\_\_\_\_

Vis a vis

Sul lettino

Privata

Istituzionale

a (*una/due/tre*) \_\_\_\_\_ sedute settimanali affetto da (*diagnosi*):

al (*data di fine della supervisione*) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
  
(Spazio per eventuali annotazioni) \_\_\_\_\_

Data di rilascio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma del supervisore

**SPAZIO DA COMPILARE A CURA DELLA SEGRETERIA:**

Pervenuto in data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Controllato da: \_\_\_\_\_

Supervisione: n. 1  n. 2  n. 3  Ordinario  Ordinario FT.

Se via skype è stata chiesta autorizzazione in deroga? Sì  No  con mail del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Non si accetteranno certificati senza il timbro

<sup>2</sup> Le supervisioni devono essere condotte da Soci Ordinari preferibilmente della SIPP oltre che della sezione adulti EFPP e dell'IPA, dei quali almeno due devono avere le Funzioni di Training. Almeno un caso deve avere una frequenza superiore ad una seduta settimanale. Le supervisioni devono avere cadenza settimanale o quindicinale.