

**ATTESTATO DI INIZIO
SUPERVISIONE**

NB: è necessario apporre in questo spazio il proprio timbro¹

COMPILAZIONE A CURA DEL SUPERVISORE

Io sottoscritto/o dott.ssa/ dott. _____

Membro (*Ordinario con funzioni di training, Ordinario*)² _____

della società _____

Attesto che ho iniziato la supervisione

Studio

on line

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 (*orientamento diagnostico delle prime sedute*)

(*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? Si No con mail del ____/____/_____

Eventuali annotazioni _____

¹ Non si accetteranno certificati senza il timbro

² 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.