



## Conferma di supervisione

Nome, indirizzo, titolo del supervisore inclusa funzione (per es. supervisore, formatore, analista didatta o simili della società/dell'istituto XY)

---

---

---

Il sottoscritto/la sottoscritta conferma che (nome, indirizzo della supervisionanda/del supervisionando):

---

---

---

Ha svolto sotto la mia supervisione

\_\_\_\_\_ (numero) sedute individuali di almeno 45 minuti:

Nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Numero di partecipanti: \_\_\_\_\_

Il candidato/la candidata ha presentato casi propri durante \_\_\_\_\_ (numero) sedute di supervisione di gruppo.

Il sottoscritto/la sottoscritta ha svolto per il candidato/la candidata la supervisione di un totale di \_\_\_\_\_ (numero) terapie.

Luogo, data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_