

D/D^a

Responsable de:

CERTIFICA o HACE CONSTAR:

D/D^a

Ha realizado práctica supervisada en psicoterapia en su condición de psicólogo/
a y/o médico/a, desde _____ hasta _____ por un
periodo total de **años y meses.**

Hago constar que ha realizado:

- _____ horas de supervisión.
- _____ casos (especificar el número de casos)
- Especificar tipo de modalidad de intervención psicoterapéutica supervisada individual, de pareja, de familia o grupal

Para que conste a los efectos oportunos.

firmado en

1.e) Práctica Supervisada