

D/Dª

Responsable de:

CERTIFICA:

D/Dª

Ha recibido **horas** de terapia/trabajo personal en la modalidad:

individual

grupal

que le permitirá identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la Psicoterapia.

Para que conste a los efectos oportunos.

firmado en _____ a _____

Nº colegiado/a _____

1.g) Terapia /Trabajo Personal