

**An den
Universitätslehrgang
Psychotherapeutisches Propädeutikum
an der Universität Salzburg
Erzabt-Klotz-Str. 1
5020 SALZBURG**

Bestätigung der Teilnahme an Supervision

Name: _____

Geburtsdatum: _____

hat an Supervision im Ausmaß von _____ Stunden

in der Zeit von _____ bis _____ (Monat, Jahr)

teilgenommen.

Ich bestätige, daß sich die Supervision auf das Praktikum _____

in der Zeit von _____ bis _____ (Monat, Jahr)

bezogen hat.

Name des Therapeuten / der Therapeutin: _____

Adresse: _____

Therapierichtung: _____

In Psychotherapeutenliste eingetragen ja nein

Datum

Unterschrift, Stempel des Supervisors/der Supervisorin