



## MODULO DI SUPERVISIONE FINALE PER TDC

### REGISTRO ITALIANO DELL'ITALY CHAPTER OF ABAI

Nome supervisionato

\_\_\_\_\_

Nome del Supervisore \_\_\_\_\_

Numero di Certificazione \_\_\_\_\_

Qualifica del supervisore: AdC       aAdC       IBA

1. Ore di pratica svolte: \_\_\_\_\_ (almeno 300)

2. Ore di pratica supervisionata diretta: \_\_\_\_\_ (almeno 10)

3. Assessment delle Competenze svolto in data: \_\_\_\_\_

lo sottoscritto \_\_\_\_\_ (SUPERVISORE)

certifico che \_\_\_\_\_ (SUPERVISIONATO)

ha lavorato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ sotto mia supervisione, rispettando i requisiti etici e scientifici previsti dallo IACABAI  
(almeno 300 ore di pratica supervisionata, almeno 10 ore di supervisione diretta e superamento dell'assessment delle competenze).

Data

Firma Supervisore

Firma Supervisionato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_