

Bestätigung Gruppensupervision

Im Rahmen der Ausbildung zur Dipl. Lebens- und Sozialberatung
(Psychologische Beratung)

	Name (LSB i.A.)			
	Zur Leitung der Gruppensupervision berechnigte Person:			
	Name			
	Adresse			
			PLZ	Ort
	Gem. §4 ausbildungs-berechtigt als		<input type="radio"/> Lebens- & SozialberaterIn <input type="radio"/> GesundheitspsychologIn <input type="radio"/> Klinische PsychologIn <input type="radio"/> PsychotherapeutIn <input type="radio"/> ArztIn mit ÖAK-Diplom „Psychotherapeutische Medizin“	
	Bestätigte Stunden			
Im Zeitraum		von	bis	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift