

Сертифікат супервізора

№ ____ / ____

Прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) _____

Пройшов захід безперервного професійного розвитку (підвищення кваліфікації):

_____ (назва)

Тривалість заходу, години (бали ЄКТС): _____

Тривалість теоретичного модуля, години (бали ЄКТС): _____

Тривалість практичного модуля, години (бали ЄКТС): _____

Тривалість супервізійної практики, години: _____

Вид супервізії:

☐ в межах масштабованих інтервенцій психосоціальної та психологічної допомоги: _____

☐ за професійним напрямом: _____

☐ у психотерапевтичному методі: _____

☐ в межах Програми дій із подолання прогалин у сфері психічного здоров'я (mhGAP): _____

Провайдер заходу безперервного професійного розвитку:

_____ (назва)

Дата видачі сертифіката: ____ 20__ року

Керівник провайдера (суб'єкта підвищення кваліфікації)

_____ (посада)

_____ (прізвище, власне ім'я, по батькові
(за наявності))

_____ (підпис)

МП (за наявності)
