

POLSKIE TOWARZYSTWO LOGOTERAPII I NOO-PSYCHOSOMATYKI



ul. Farmaceutyczna 13, Lublin 20-706
kontakt@towarzystwologoterapii.pl
towarzystwologoterapii.pl
+48 600 645 456

.....

(imię i nazwisko superwizora)

....., dn.

(miejsowość i data)

.....

(imię i nazwisko aplikanta)

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany(a), legitymujący(a) się
(seria i numer dokumentu tożsamości)

wystawionym przez oświadczam,
(organ wystawiający dokument)

iż przeprowadził 150 godzin superwizji pracy
(imię i nazwisko aplikanta)

psychoterapeutów pod moją merytoryczną opieką.

Niniejsze oświadczenie składam będąc świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z postanowień art. 233 Kodeksu Karnego.

.....

(czytelny podpis)