

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.
(miejscowość 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)
że wyrażam zgodę na objęcie merytoryczną opieką
(imię i nazwisko aplikanta)
szkoleniowej superwizji pracy logoterapeutów oraz na uwierzytelnienie swoim podpisem
wystawianych w przyszłości przez aplikanta zaświadczeń o prowadzonych przez niego
superwizjach w trakcie procesu certyfikacyjnego.

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

.....
(czytelny podpis)