



Hrvatsko udruženje za bihevioralno-kognitivne terapije

POTVRDNICA O SUDJELOVANJU U NASTAVI NA NIŽIM STUPNJEVIMA EDUKACIJE IZ BIHEVIORALNO-KOGNITIVNIH TERAPIJA

Ime i prezime supervizanta
Grad u kojem pohađa superviziju
Stupanj edukacije i tema radionice na kojoj je sudjelovao
Datum i mjesto održavanja radionice
Oblik i naziv sudjelovanja (zaokruži i dopuni): a) Prikaz slučaja _____ b) Teorijsko predavanje _____ c) Sudjelovanje na vježbama _____

Datum _____

Voditelj radionice _____