

⁽¹⁾ D/D^a

Responsable de:

CERTIFICA:

D/D^a

Ha recibido **horas** de terapia/trabajo personal en la modalidad:

☐ **individual**

☐ **grupal**

que le permitirá identificar y manejar adecuadamente su implicación personal y su contribución al proceso de la Psicoterapia.

Para que conste a los efectos oportunos.

firmado en _____ a _____

Nº colegiado/a _____

1.g) Terapia /Trabajo Personal

⁽¹⁾ si no fuera posible presentar certificado por fallecimiento o enfermedad grave del supervisor o terapeuta bastará con la firma del presidente/a y/o secretario/a de la Asociación que valide ese trabajo.