**DZIENNICZEK SUPERWIZJI**

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia: …………………………………………………………………..

Zakres szkolenia: specjalista terapii uzależnień instruktor terapii uzależnień

Podmiot szkolacy: …………………………………………………………………………………………..

Superwizor: …………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin pracy z pacjentem** | **Forma pracy (indywidualna/grupowa)** | **Krótki opis** | **Pieczęć placówki, w której realizowana była praca z pacjentem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Data** | **Liczba godzin pracy z pacjentem** | **Forma pracy (indywidualna/grupowa)** | **Krótki opis** | **Pieczęć placówki, w której realizowana była praca z pacjentem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin pracy z pacjentem** | **Forma pracy (indywidualna/grupowa)** | **Krótki opis** | **Pieczęć placówki, w której realizowana była praca z pacjentem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Liczba godzin pracy z pacjentem** | **Forma pracy (indywidualna/grupowa)** | **Krótki opis** | **Pieczęć placówki, w której realizowana była praca z pacjentem** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |