

ИТОГОВАЯ ФОРМА УЧЕТА ЧАСОВ ПРАКТИКИ

(Заполняется супервизируемым специалистом и заверяется супервизором)

Супервизируемый специалист: _____
(имя, фамилия)

Период практики: _____
(Начало: месяц, год) - (Окончание: месяц, год)

Супервизор: _____
(имя, фамилия)

(Сертификат CBA-S/BCBA/IBA... №)

A) ВСЕГО ЧАСОВ ПРАКТИКИ (без присутствия супервизора:)	
B) ВСЕГО ЧАСОВ СУПЕРВИЗИИ:	
ВСЕГО ЧАСОВ СУПЕРВИЗИРУЕМОЙ ПРАКТИКИ (A+B):	

Супервизор: _____
(подпись)

ABA-инструктор: _____
(подпись)

Дата: _____