

ПОДТВЕРЖДЕНИЕ УРОВНЯ КВАЛИФИКАЦИИ

(Заполняется супервизором)

Супервизируемый специалист: _____
(имя, фамилия)

Отчетный период практики: _____
(год)

Супервизор: _____
(имя, фамилия) (Сертификат СВА-S/BCBA/IBA...№)

Месяц	Количество часов супервизии
Январь	
Февраль	
Март	
Апрель	
Май	
Июнь	
Июль	
Август	
Сентябрь	
Октябрь	
Ноябрь	
Декабрь	
Итого за отчетный период практики:	

Я подтверждаю, что супервизируемый мною специалист обладает компетенциями, соответствующими уровню квалификации **IBP-II**.

Супервизор: _____
(подпись)

Дата: _____