**ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΠΛΗΡΟΥΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΣ RECBT ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ**

**ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΣΤΗΝ RECBT/CBT για 12 μήνες**

**Αριθμός Ιδιότητας Μέλους No:……..**

**Ημερομηνία Έναρξης Προσωρινής Μεταβατικής Πιστοποίησης:…………**

**ΕΤΟΣ …….. - ΑΠΟ ……………………… ΕΩΣ ………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ημερομηνία** | **Ατομική/****Ομαδική/ Ενηλίκων** | **Όνομα Επόπτη και αριθμός ατόμων στην ομάδα** | **Διάρκεια εποπτείας σε ώρες** | **Περιεχόμενο. Τι αποτέλεσε αντικειμενο συζήτησης με τον επόπτη σας;** | **Μέθοδος – Παρουσιάσεις περιπτώσεων/Ακουστικά αρχεία/Βίντεο/Τηλέφωνο/Άλλο** |
|  |

**ΣΚΟΠΙΜΑ ΕΣΦΑΛΜΕΝΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΘΑ ΕΧΟΥΝ ΩΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΝ ΑΠΟΠΟΜΠΗ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΛΙΣΤΑ ΤΩΝ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ**