

Nom du/de la candidat(e):

Prénom :

Date de naissance :

Rue :

NPA / lieu :

Date de fin des études :

Durée de _____ du _____ au _____

Nombre de crédits acquis durant cette période (45-60 min.) :

Le/la soussigné-e psychothérapeute médical-e/psychologue confirme les données susmentionnées.

Lieu, date :

signature :

Informations concernant le/la psychothérapeute

Titre :

Nom :

Prénom :

Rue :

NPA / lieu :

Formation postgraduée en psychothérapie et année de fin d'études*

*Le/la psychothérapeute doit avoir fini la formation postgraduée de psychothérapie au moins 5 ans avant le début de la supervision / expérience personnelle du/de la candidat-e (programme de formation postgraduée de la SSPPEA 2016, ch. 3.2) et avoir, durant cette période, travaillé à 50 % au moins.