



MODULO DI SUPERVISIONE FINALE PER ADC REGISTRO ITALIANO DELL'ITALY CHAPTER OF ABAI

Nome supervisionato

Nome del Supervisore _____

Numero di Certificazione _____

Qualifica del supervisore: BCBA AdC IBA

1. Ore di pratica svolte: _____ (almeno 1500)

2. Ore di pratica supervisionata diretta: _____ (almeno 75)

lo sottoscritto _____ (SUPERVISORE)

certifico che _____ (SUPERVISIONATO)

ha lavorato dal _____ al _____ sotto mia supervisione, rispettando i requisiti etici e scientifici previsti dallo IACABAI
(almeno 1500 ore di pratica supervisionata, almeno 75 ore di supervisione diretta e superamento dell'assessment delle competenze).

Data

Firma Supervisore

Firma Supervisionato
