



MODULO DI SUPERVISIONE FINALE PER TDC 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 300)

2. Ore di pratica supervisionata diretta: _____ (almeno 10)

3. Assessment delle Competenze svolto in data: _____

lo sottoscritto _____ (SUPERVISORE)

certifico che _____ (SUPERVISIONATO)

ha lavorato dal _____ al _____ sotto mia supervisione, rispettando i requisiti etici e scientifici previsti dallo IACABAI
(almeno 300 ore di pratica supervisionata, almeno 10 ore di supervisione diretta e superamento dell'assessment delle competenze).

Data

Firma Supervisore

Firma Supervisionato
