



SOCIEDADE PORTUGUESA
DE PSICOLOGIA CLÍNICA

DECLARAÇÃO RELATIVA AO PERCURSO DE SUPERVISÃO EM PSICOTERAPIA

(Este documento destina-se a ser anexado ao processo individual de formação e contém informação indispensável que será tratada com confidencialidade pela Direcção)

Atenção: Este documento não pode conter emendas ou rasuras ¹

NOME DO FORMANDO: _____

SUPERVISÕES E PRÁTICA PSICOTERAPÊUTICA

Nome do Supervisor _____

Período de Supervisão ___/___/___ a ___/___/___

Tipo de Supervisão: Individual Grupo *

Frequência de Supervisão: Semanal Quinzenal Outra *

Qual: _____

Duração (por sessão) de supervisão (em minutos): _____ minutos

Número de elementos do grupo (se aplicável): _____

Casos de Psicoterapia Supervisionados: Crianças Jovens/Adolescentes Adultos

Frequência/Mês	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Nº Sessões c/ apresentação de casos próprios ²												
Nº de Sessões de grupo a que assistiu ³												

Data ___/___/___

Assinatura do Formando

AUTENTICAÇÃO PELOS SUPERVISORES

Exmo(a) Colega Supervisor:

A sua colaboração rigorosa é indispensável para um efectivo acompanhamento da formação ministrada pela Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica. Solicitamos-lhe, por isso, a confirmação, após leitura cuidadosa dos dados anteriores, nos seguintes termos:

- Completar, assinar e apor o seu carimbo no local correspondente à confirmação dos dados relativos à sua supervisão.

Os nossos agradecimentos

Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica - Setor de Formação e Especialidades

Nome do Supervisor _____

Confirmo as declarações prestadas pelo formando: _____

Data ___/___/___

Carimbo:

¹ Deve entregar **uma folha destas por cada Supervisor**, depois de devidamente preenchida.

* Riscar **inequivocamente** as opções que não se aplicam.

² Estas sessões são contabilizadas nas 150 horas de Supervisão.

³ Estas sessões são contabilizadas nas 50 horas extra de Supervisão.