

Mitglied der/des: European Association of Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT)
Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP)
Verband Wissenschaftlicher Gesellschaften Österreichs (VWGÖ)
Österreichischer Dachverband für Verhaltenstherapie (ÖDVT)

14 BESTÄTIGUNG DES FACHEINSCHLÄGIGEN PRAKTIKUMS (mind. 150 bis 550 Stunden innerhalb eines Jahres in einer Einrichtung des Gesundheitswesens)

Hiermit wird Frau/Herrn _____
(bitte in Blockschrift)

wohnhaft in _____

bestätigt, dass sie/er das Praktikum im Ausmaß von _____ Stunden

im Zeitraum von _____ 20__ bis _____ 20__

an der Institution (Name, Adresse) _____

absolviert hat.

Anleitende/r Psychotherapeut*in: _____

Die Einrichtung ist in der entsprechenden Liste des Bundesministeriums geführt.

Ja Nein

Wenn nein, wurde ein Ansuchen um Anerkennung an die Ausbildungsleitung der AVM gestellt.

_____, den _____

(Stempel)

(Leiter*in der Praktikumsstelle)