

DICHIARAZIONE SUPERVISORE

Denominazione del Centro Terapeutico / Professionista _____

Titolo di studio _____ Qualifica ABA _____

Con la presente dichiaro di supervisionare l'intervento riabilitativo _____

a favore di _____, che si svolge con le seguenti modalità:

- domiciliare;
- ambulatoriale
- altro;

Eventuali professionisti che collaborano al trattamento

Cognome _____ Nome _____

Titolo di studio/qualifica _____

Cognome _____ Nome _____

Titolo di studio/qualifica _____

Cognome _____ Nome _____

Titolo di studio/qualifica _____

Attesto che le prestazioni erogate nel periodo dal _____ al _____ sono state

n. _____ nelle seguenti date e sedi (vedi dichiarazione allegata).