

**ZGŁOSZENIE ZGŁOSZENIA
ZAPOTRZEBOWANIA NA SUPERWIZJĘ KLINICZĄ W ROKU 2011**

1. Nazwa i adres placówki

2. Imię i nazwisko superwizora, jego nr telefonu i adres e - mail (do kontaktu)

3. Wnioskowana ilość godzin superwizji _____

4. Lista osób deklarujących udział w superwizjach

L.p.	Imię i nazwisko	Stanowisko , kwalifikacje zawodowe	Wymiar zatrudnienia
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Data _____

Pieczęć placówki

Podpis kierownika