D/Dª

Responsable de: Institución, organismo, master, curso, escuela, centro educativo, etc

CERTIFICA:

D/Dª

Ha recibido formación Teórico-Practica y Clínica en Psicoterapia en nuestro centro,por un periodo total de **años** y **meses**, entre

y . Considerando que ha adquirido las habilidades básicas para el desarrollo de la psicoterapia.

Ha recibido formación con un total de **horas lectivas**.

Ha recibido **horas** de formación y conocimientos fundamentales de las diferentes modalidades y orientaciones de la psicoterapia.

Para que conste a los efectos oportunos.

firmado en

1.d) Formación Teórico-Práctica en Psicoterapia