

**Anexo C — Lista de Verificación de Horas Supervisadas por un Terap.
Cert.AVT
12 Horas de Requisito**

Nombre del Profesor(a)/ Terapeuta _____

Nombre del Supervisor Cert. AVT _____

Primer tercio del periodo de supervisión	Fechas	Número de horas	Iniciales

Segundo tercio del periodo de supervisión	Fechas	Número de horas	Iniciales

Tercer tercio del periodo de supervisión	Fechas	Número de horas	Iniciales

Número total de horas _____

Firmas _____ **Fecha** _____

Supervisor

Profesor(a)/Terapeuta