

**Anexo D — Actividades monitoreadas adicionales en la práctica Auditiva-Verbal
12 Horas de requisito**

Nombre del profesor(a)/terapeuta _____

Nombre del Supervisor Cert. AVT _____

1. Primer tercio del periodo de supervisión

Actividad	Fechas	Número de horas	Iniciales

2. Segundo tercio del periodo de supervisión

Actividad	Fechas	Número de horas	Iniciales

3. Tercer tercio del periodo de supervisión

Activdad	Fechas	Número de horas	Iniciales

Número total de horas _____

Firmas

Fecha

Supervisor

Profesor(a)/Terapeuta
