ASSOCIATION VAUDOISE DES PSYCHOLOGUES

AVP

QUESTIONNAIRE PSYCHOTHERAPIE DELEGUEE ET ASSISTANAT

Nom : Prénom :

1. Travaillez-vous en délégation : oui / non

Si oui, nom du psychiatre ou du médecin délégant:

Adresse du cabinet :

2. Travaillez-vous en assistanat chez un-e psychologue-psychothérapeute :

oui / non

Si oui, nom du/de la psychologue-psychothérapeute :

Adresse du cabinet :

CASE POSTALE 62 1001 LAUSANNE TEL. 021 323 11 22 E-MAIL avp@psy-vd.ch