

Anmeldung

Weiterbildung zum/zur Klinischen Neuropsychologen/in GNP

(gemäß Curriculum vom in seiner Fassung vom 21.10.2016 -
gültig ab 01.12.2017)

Bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen. Danke!

Name:		Vorname:	
geb.:		Geb.-Datum:	
Geb.-Ort:		Akad. Grad:	
Titel:		Studienabschluss am / Studium an Hochschule:	
GNP-Mitglied:	<input type="checkbox"/> Ja, seit: <input style="width: 50px;" type="text"/> Mitglieds-Nr.: <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein		
Approbation:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in am <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin am <input style="width: 50px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Korrespondenzanschrift:	<input type="checkbox"/> Privatadresse <input type="checkbox"/> Firmenadresse		
Privat Straße:		PLZ, Ort (Ausland):	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	

GNP-akkreditierte Weiterbildungsinstitution:

Firma:		Abteilung:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	
Bundesland:		Vor- und Zuname WB-Ermächtiger	
Arbeitsbeginn in Weiterbildungs- institution am:	Beginn der Weiterbildung:	Wöchentliche Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> Vollzeit (..... Wochenstunden) <input type="checkbox"/> Teilzeit (..... Wochenstunden)	Unterbrechungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, Begründung: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

Anlagen: Kopie Diplom / Hochschulabschluss Kopie Approbations-Urkunde

Mit der Weitergabe meiner Daten über elektronische Medien (z.B. E-Mail) erkläre ich mich einverstanden

Mit der Weitergabe meiner Daten für berufspolitische Zwecke (z.B. an Fachverbände, Bildungsanbieter, Kostenträger etc.) erkläre ich mich einverstanden

Die Datenweitergabe erfolgt, wenn nicht schriftlich widersprochen worden ist!

Nicht-Mitglieder überweisen bitte die Anmeldegebühr auf das Konto der GNP Fulda e.V. (s. Kosten Weiterbildung).

Ort, Datum

Unterschrift (Weiterbildungsinteressent)

Ort, Datum

Vor- und Zuname WB-Ermächtiger

Stempel/Unterschrift (Weiterbildungsermächtigter)