|  |  |
| --- | --- |
| **Gesellschaft für Neuropsychologie e. V**  **Postfach 11 05 • 36001 Fulda oder Nikolausstraße 10 • 36037 Fulda**  **Tel.: 06 61/9 01 96 65 • Fax: 06 61/9 01 96 92**  **Email: fulda@gnp.de • Internet: www.gnp.de** |  |

## 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:** | **Ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nein** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Approbation:** □Ja □Nein  □ Psychologische/r Psychotherapeut/in am ...........................................  □ Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am ..........................................  □ Arzt/Ärztin am ...................................................................... |  |  |

|  |
| --- |
| **Korrespondenzanschrift:** □ Privatadresse □ 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-Ermächtigter |  |
| **Arbeitsbeginn in Weiterbildungs-institution am:**  Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | **Beginn der Weiterbildung**:  Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. | **Wöchentliche Arbeitszeit:**  Vollzeit (….. Wochenstunden)  Teilzeit (….. Wochenstunden) | | Unterbrechungen: Ja Nein  Wenn ja, Begründung: |

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

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-Ermächtigter Stempel/Unterschrift (Weiterbildungsermächtigter)