



Anmeldung Weiterbildung zum/zur Klinischen Neuropsychologen/in GNP

(gemäß Curriculum vom 25.07.2006 – gültig ab 01.08.2007)

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 _____	Mitglieds-Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Nein
----------------------	---	-----------------------------	-------------------------------

Ausgeübter Beruf:	<input type="checkbox"/> Diplom-Psychologe/in <input type="checkbox"/>	Approbation: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in am <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin am
--------------------------	---	---

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/Land:		Weiterbildungs- ermächtigte/r (Vor- und Zuname):	
Arbeitsbeginn in Weiterbildungs- institution am:	Wöchentliche Arbeitszeit:		Unterbrechungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Vollzeit (..... Wochenstunden)		Wenn ja, Begründung:
	<input type="checkbox"/> Teilzeit (..... Wochenstunden)		

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

Anlagen: Kopie Diplom / Hochschulabschluss Kopie Approbations-Urkunde

 Ort, Datum Unterschrift (Weiterbildungsinteressent)

 Ort, Datum Stempel/Unterschrift (Weiterbildungsermächtigter)