

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 ☐ Arzt/Ärztin am ☐ Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am			
In postgradualer Ausbildung zur/m ☐ Psychologischen Psychotherapeuten/-in ☐ Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/in			

Korrespondenzanschrift: Privatadresse Firmenadresse			
Privat		PLZ, Ort (Ausland):	
Straße:		Telefax:	
Telefon:		Internet:	
E-Mail:			

GNP-akkreditierte Weiterbildungsinstitution:

Firma:		Abteilung:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	
Bundesland:		Vor- und Zuname WB-Ermächtigter	
Arbeitsbeginn in Weiterbildungs- institution am:	Beginn der Weiterbildung:	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

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-Ermächtigter Stempel/Unterschrift (Weiterbildungsermächtigter)