

## 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"/>	

<b>Korrespondenzanschrift:</b> <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-Ermächtigtger	
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

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-Ermächtigtger

Stempel/Unterschrift (Weiterbildungsermächtigter)