



Anmeldung zum Zulassungseminar

Name _____
Straße _____
PLZ _____ Ort _____
Telefon _____ privat _____ dienstl. _____
Geb. datum _____ weibl. männl.

Daten zur Berufsausbildung und Tätigkeit

Hochschulabschluß im Fach _____
Monat/Jahr des Abschlusses _____
Sonstige Berufsausbildungen _____
Psychosoziale Tätigkeit ja nein
in den Bereichen _____

Momentan ausgeübter Beruf _____
vollzeitbeschäftigt teilzeitbeschäftigt % z.Z. arbeitslos
Möglichkeit zu psychotherapeutischer und/oder beraterischer Tätigkeit bei/als:

Gewünschte Ausbildung: **Gesprächspsychotherapie**
 Verhaltenstherapie

→ Bitte reichen Sie diese Anmeldung zusammen mit einer beglaubigten Kopie Ihres Hochschulzeugnisses mit Prüfungsfächern sowie eines Nachweises Ihrer psychosozialen Berufstätigkeit ein.

Für die Planung des Weiterbildungsangebotes bitten wir Sie noch um folgende Informationen:

Ich habe bereits folgende psychotherapeutische Zusatzausbildungen oder Weiterbildungen:

Ich habe Erfahrung in supervidierter Praxis	ja, in Fremdsupervision	<input type="checkbox"/>
	ja, in kollegialer Supervision	<input type="checkbox"/>
	nein	<input type="checkbox"/>

Ich habe Erfahrung mit folgenden psychotherapeutischen Verfahren:

An der Bearbeitung folgender Themenschwerpunkte im Auswahlseminar bin ich besonders interessiert:

Mit folgenden Personen würde ich gern eine gemeinsame Ausbildungsgruppe bilden (bitte Vor- und Zuname sowie Wohnort angeben):

Ort, Datum

Unterschrift

Wir versichern, daß die Datenschutzbestimmungen des Bundes eingehalten werden. Ihre Angaben werden nur zum Zwecke der Organisation und Planung des Weiterbildungsangebotes erfaßt und verwendet.

Wenn Sie weitere Angebote wünschen, erbitten wir Ihre Zustimmung zur Speicherung von Name und Anschrift auch in dem Fall, daß kein Ausbildungsverhältnis zustande kommt.

Ich bin damit einverstanden, daß meine Anschrift zum Zwecke meiner weiteren Information über Aus- und Weiterbildungsangebote gespeichert wird.

Datum, Unterschrift
