

Antrag auf Erteilung des Zertifikats „Alterspsychotherapie“

Antragsformular zum Ausfüllen durch den Antragsteller

Eingereicht am _____

Antragsteller:			
Anlagen		beigefügt	
Curriculum vitae		<input type="checkbox"/>	
Nachweis Berufsqualifikation	– Psychologische Psychotherapeut:innen vom:	<input type="checkbox"/>	
Facharzturkunde	vom:	<input type="checkbox"/>	
	Facharzt für: – Psychiatrie und Psychotherapie – Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie – Neurologie und Psychiatrie mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie – Facharzt/-ärztin für Psychotherapeutische Medizin oder Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Approbationsurkunde	vom:	<input type="checkbox"/>	
Zeugnis	Zeugnis des Chefarztes/Facharztes mit Weiterbildungsbefugnis Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	
Selbsterklärung	bei Chefärzten / niedergelassenen Ärzten	<input type="checkbox"/>	
Theoretische Fort- /Weiterbildung:	64 Theoriestunden gem. Curriculum „Auflistung Theorie“	<input type="checkbox"/>	
Psychotherapeutische Verfahren	„Auflistung Psychotherapie“	<input type="checkbox"/>	
Zustimmung zur Datenspeicherung:	Mit der Speicherung meiner Daten durch die DAGPP e.V. bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken der Fachgesellschaft verwendet, eine Weitergabe erfolgt nur an den Zertifizierungsausschuss für die Prüfung meines Antrages; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.	<input type="checkbox"/>	

Unterschrift