Institut für Psychologische Therapie e.V. Leipzig

# Anmeldung
# zum Zulassungsseminar

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 ❑
- ja, in kollegialer Supervision ❑
- nein ❑

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