



FOTO (bitte hochladen oder einsenden)

Zulassungsantrag

Supervision: systemisch-integrativ

Bitte Formular elektronisch oder gut leserlich ausfüllen

Ich beantrage die Zulassung zu folgender Fortbildung:

Zusatzqualifikation Supervision mit Beginn _____

1. Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Privatadresse

Telefon

Email

Adresse Arbeitsplatz

Telefon

Email

2. Berufsausbildung

Beruf

Abschlussjahr

Zweitberuf

Abschlussjahr

3. Studium an einer Fachhochschule Hochschule Universität

Fachrichtung Abschlussjahr

Fachrichtung Abschlussjahr

4. Bisherige Beratungs-/Coaching- und / oder psychotherapeutische Weiterbildung

Name / Institut

Abschluss / Titel Abschlussjahr

Name / Institut

Abschluss / Titel Abschlussjahr

5. Andere Weiter- und Fortbildungen

Art der Weiter- oder Fortbildung	Institut/Anbieter	Ort	Abschlussjahr

6. Mitgliedschaft in Fach- oder Berufsverbänden

Psychologisch / psychotherapeutische Fach- oder Berufsverbände:

FSP ASP SBAP andere: _____

Ärztliche Fach- oder Berufsverbände:

FMH für Psychiatrie & Psychotherapie

FMH andere _____
Bezeichnung

Beratungs-/Coaching-Fach- oder Berufsverbände:

bso SGfB andere: _____

7. Gegenwärtige berufliche Tätigkeit(en)

Tätigkeit / Funktion

Firma / Institution

Arbeitsumfang %

8. Nachweis praktische Berufserfahrung

Hiermit bestätige ich, dass ich über folgende Berufserfahrung verfüge:

- mindestens 5 Jahre Berufspraxis als PsychotherapeutIn, seit Abschluss der Psychotherapie-Weiterbildung
- mindestens 3 Jahre Berufspraxis als Coach, seit Abschluss der Coaching-Weiterbildung

9. Motivation für die Fortbildung «Zusatzqualifikation Supervision»

Bitte beschreiben Sie kurz, warum Sie die Fortbildung zur Zusatzqualifikation in Supervision machen möchten. Sind Sie bereits supervisorisch tätig? Wie gedenken Sie, das in dieser Fortbildung Gelernte später anzuwenden?

10. Allgemeine Bestimmungen

- Ich bestätige, die „Allgemeinen Bestimmungen (AB) für Lehrgänge und Trainings ab 10 Tagen“ des IBP Instituts gelesen zu haben und mit diesen AB als Teil der Zulassungsbedingungen für die Fortbildung „Zusatzqualifikation Supervision“ einverstanden zu sein.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Ort und Datum

Unterschrift