

Nachweis bzw. Glaubhaftmachung

über absolvierte Fort-, Aus- und Weiterbildungen

(Gesundheitspsychologie – Klinische Psychologie — Musiktherapie – Psychotherapie)

A. Personenbezogene Angaben

A.1	Familienname	Zutreffendes ankreuzen <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> keine Angaben
A.2	Vorname(n) (entsprechend dem Meldezettel)	
A.3	Akademische(r) Grad(e) (unter Vorlage des Zertifikats, falls noch nicht eingereicht)	Vor dem Namen
	ausländische Titel (freiwillige Angabe für die öffentliche Liste unter Vorlage des Zertifikats)	Nach dem Namen
A.4	Geburtsdatum	
A.7	Hauptwohnsitz (wird nicht veröffentlicht)	Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Land Telefonnummer Mobilnummer E-Mail
A.8	Zustelladresse (wird nicht veröffentlicht)	Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Land Telefonnummer Mobilnummer E-Mail

B. Berufsbezogene Angaben

B.1	<p>1. Arbeitsort/Dienstort</p> <p>bei Tätigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses (Anstellung) als Berufsangehörige der (zutreffendes ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie</p>	Name der Einrichtung Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *) *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste	
B.2	<p>2. Arbeitsort/Dienstort</p> <p>bei Tätigkeit im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses (Anstellung) als Berufsangehörige der (zutreffendes ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie</p>	Name der Einrichtung Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *) *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste	
B.3	<p>1. Berufssitz (= Arbeitsort bei Musiktherapie)</p> <p>bei freiberuflicher Tätigkeit als Berufsangehörige der (zutreffendes ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie</p>	Bezeichnung der Praxis Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *) *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste (Zutreffendes ankreuzen) Barrierefrei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
B.4	<p>2. Berufssitz (= Arbeitsort bei Musiktherapie)</p> <p>bei freiberuflicher Tätigkeit als Berufsangehörige der (zutreffendes ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheitspsychologie <input type="checkbox"/> Klinische Psychologie <input type="checkbox"/> Musiktherapie <input type="checkbox"/> Psychotherapie</p>	Bezeichnung der Praxis Straße, Haus/Tür-Nr. PLZ, Ort Telefonnummer Mobilnummer E-Mail *) Website *) *) freiwillige Angabe für die öffentliche Liste (Zutreffendes ankreuzen) Barrierefrei: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

C. Fort-, Aus- und Weiterbildungen

Die jeweiligen Einheiten sind eingescannt (in einem Dokument) dem Formular anzuschließen.

Anbieter:in: Veranstaltung:		
Anbieter:in: Veranstaltung:		
Insgesamt:		

Anmerkungen: (optional)

Dieses Formular ist per Post beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Abteilung VI/A/3, Radetzkystraße 2, 1030 Wien, oder per E-Mail an ipp.office@gesundheitsministerium.gv.at einzubringen.

Durch meine Unterschrift (eingescannt oder digital) bestätige ich an Eides statt, dass ich eigenberechtigt bin und die Angaben im Antrag richtig und vollständig gemacht habe.

Ort und Datum	Unterschrift