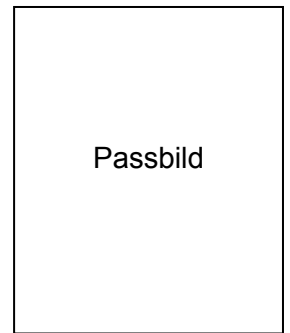


Anmeldung – Weiterbildungslehrgang zum/r Diabetesassistent/-in DDG

Teilnehmer/in:

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum/Ort: _____
Privatanschrift: _____
E-Mail: _____
Telefon/Fax: _____



Angaben zur delegierenden Arztpraxis, Klinik oder medizinischen Einrichtung:

Bezeichnung: _____
Anschrift: _____
Telefon/Fax/E-Mail: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung:

- Medizinische(r) Fachangestellte(r)
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in
- Diätassistent/in
- Altenpfleger/in
- Medizinisch-technische Assistentin
- Pharmazeutisch-technische Assistentin

Abgeschlossenes Studium:

- Gesundheits- und Pflegewissenschaftler
- Pflegepädagoge
- Berufspädagoge für Pflege
- Ernährungswissenschaftler/-in
- Oecotrophologe(in) (FH)

Anlagen:

- Nachweis über abgeschlossene Berufsausbildung oder Studium (Kopie)
- Tabellarischer Lebenslauf

Falls bereits vorhanden:

- Teilnahmebescheinigungen über zwei Schulungsprogramme, die von der DDG anerkannt sind (siehe Weiterbildungs- und Prüfungsordnung, Anlage 3)
- Anmeldebestätigung über eine geplante Hospitation über 40 Stunden (Hospitationszeitraum: zwischen 1. und 2. Block)

Ich melde mich/meine Mitarbeiterin zum Weiterbildungslehrgang Diabetesassistent/-in DDG im Diabeteszentrum Thüringen e.V. in der Zeit vom 05.10. bis 16.10.2020 (1. Block) und 25.01. bis 05.02.2021 (2. Block) verbindlich an. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in