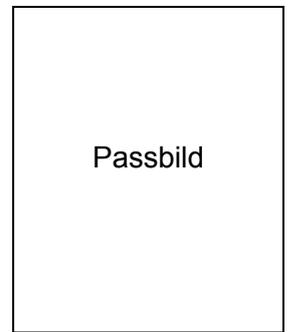


Anmeldung zur Teilnahme am Weiterbildungslehrgang zur Diabetesassistentin DDG

Teilnehmer/in:

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



Angaben zur delegierenden Arztpraxis, Klinik oder medizinischen Einrichtung:

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

Abgeschlossene Berufsausbildung (bitte Kopie des Abschlusszeugnisses beilegen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medizinische(r) Fachangestellte(r) | <input type="checkbox"/> Pädagoge/-in |
| <input type="checkbox"/> Gesundheits- und Krankenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Oecotrophologe/-in, Diätassistent/in |
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut/in, Physiotherapeut/in |
| <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungshelfer | <input type="checkbox"/> Medizinisch-technische Assistentin |
| <input type="checkbox"/> medizinisch oder pädagogisch vergleichbare Ausbildung | |

Welche: _____

Anlagen:

- Ausbildungsnachweis (Bitte Kopie des Abschlusszeugnisses beilegen)
- Teilnahmebescheinigungen über zwei Schulungsprogramme für den von Diabetes mellitus Typ 2 Betroffene, die von der DDG anerkannt sind (oder ggf. eine Anmeldebestätigung über die geplante Teilnahme)
- Bestätigter Hospitationsvertrag oder Anmeldebestätigung über eine geplante Hospitation über 40 Stunden
- Tabellarischer Lebenslauf

Ich melde mich/meine Mitarbeiterin zum Weiterbildungslehrgang Diabetesassistent/-in DDG im Diabeteszentrum Thüringen e.V. in der Zeit vom 10.09. bis 21.09.2018 und 28.01. bis 08.02.2019 verbindlich an. Die Weiterbildungs- und Prüfungsordnung ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/in

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber/in