AKADEMIE FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITS-WESEN

Anmeldebogen zum Weiterbildungskurs

Facharzt/Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen
Fachzahnarzt/Fachzahnärztin und Fachapotheker/Fachapothekerin für Öffentliches Gesundheitswesen

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Für folgende Module: _____

des WBK _____in_____an.

(Auswahlfelder mit Daten hinterlegt bei den Modulen)

Herr/Frau _____wird für die Zeit der Teilnahme freigestellt.

_____ _____

Ort/Datum *Unterschrift und Stempel der/des Arbeitgeberin/s*

_____ _____

Ort/Datum *Unterschrift der/des Teilnehmerin /s:*

Die im Anmeldeformular erhobenen Daten werden für die Veranstaltungsbearbeitung in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen gespeichert und EDV-unterstützt verarbeitet. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) finden Sie hier.

AGB-Bestätigung* ☐

Hinweise zum Datenschutz: Ich willige hiermit ein (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO), dass meine übermittelten persönlichen Daten gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Daten-schutz-Hinweise habe ich gelesen. Das Recht des Widerrufs ist mir bekannt.

Datenschutz-Hinweise bestätigen** ☐

* *Ich habe die AGB zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.*
** *Datenschutz-Hinweise gelesen und akzeptiert*

AKADEMIE FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITS-WESEN

Bitte nur einmal bei erstmaliger Anmeldung mit diesem Formular oder bei Änderungen ausfüllen:

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Angaben zum/zur Vorgesetzten/Vorgesetzten

Name: _____ Vorname: _____

Ihre persönlichen Daten:

Adresse:

Dienstlich: _____

Privat: _____

Telefon:

Dienstlich: _____

Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail:

Dienstlich: _____

Privat: _____

Beruf: _____

Bitte fügen Sie der ersten Anmeldung ein Passbild bei.

Weitere Angaben nur für die ärztlichen TeilnehmerInnen:

Derzeitige Funktion im Amt: _____

Geplante Funktion im Amt (sofern bekannt):

_____

Klinische Vorzeiten/Weiterbildungszeiten außerhalb des ÖGD:

Von	Bis	Anzahl Monate	Klinik/Weiterbildungsstätte	Fachrichtung/Gebiet

Weiterbildungszeiten in der Psychiatrie:

Von	Bis	Anzahl Monate	Klinik/Weiterbildungsstätte

Ggfs. bereits erworbene Facharztbezeichnung/en/Zusatzbezeichnungen:

Erworben am:	Ärztekammer	Gebiet/Zusatzbezeich-nung

Weiterbildungszeiten im Gesundheitsamt/Öffentlichen Gesundheitsdienst:

Von	Bis	Anzahl Monate	Gesundheitsamt	Weiterbildungsermächtigte/r

AKADEMIE FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITS-WESEN

Bestätigung der/des Weiterbildungsermächtigten

Herr/Frau ist bei mir zur Weiterbildung als Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen tätig. Ich verfüge über die Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet

_____ _____

Ort/Datum *Unterschrift der/des Weiterbildungsermächtigten:*

Für den Fall, dass Ihre Teilnahme am Weiterbildungskurs besonders dringend ist, haben Sie hier Gelegenheit, das zu begründen:

_____

_____

_____

Ich habe bereits die Module _____ des Weiterbildungskurses absolviert.

Wie sieht Ihre weitere Planung aus?

Ich habe vor, die mir noch fehlenden Module des WBK in folgender Reihenfolge zu besuchen:

Modul	Beginn	WBK	Ort

Sollte sich dieser Plan ändern, bitten wir um Mitteilung. Dieser Plan ersetzt keine Anmeldung.

Hinweis: Anmeldeschluss ist immer drei Monate vor Modulbeginn. Es erfolgt eine Anmeldebestätigung. Sollte ein Modul ausgebucht sein, können Sie auf die Warteliste gesetzt werden.

Meine Facharztweiterbildung soll abgeschlossen sein: _____