

Antrag zur Erlangung der Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumatherapie“ (DeGPT)

Voraussetzung DeGPT-Mitgliedschaft

Bitte zu allen folgenden Punkten Nachweise in Kopie beifügen:

- () Psychotherapeutische Qualifikation gemäß den Voraussetzungen des Curriculums „Spezielle Psychotraumatherapie“ (DeGPT)
- () Absolvierung eines durch die DeGPT zertifizierten Curriculums

Institut:

Dienstadresse (bitte vollständig ausfüllen):

Name

Anschrift

Forts. Anschrift

Telefonnummer

Email-Adresse

Die Zertifizierung ist an eine Mitgliedschaft bei der DeGPT gebunden und hat eine Gültigkeit von 4 Jahren. Sie wird automatisch verlängert.

Ich versichere, dass alle meine Angaben der Wahrheit entsprechen.

Datum (TT.MM.JAHR)

Unterschrift

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisanschrift auf einer Internetliste der DeGPT einverstanden.

Datum (TT.MM.JAHR)

Unterschrift