

Bewerbung

Weiterbildung Suchttherapie (LWL) Schwerpunkt: Verhaltenstherapie

Zur Prüfung der formellen Zulassungsvoraussetzungen bitten wir darum, den vorliegenden PDF-Bewerbungsbogen **online** auszufüllen; bitte speichern Sie den Bewerbungsbogen ab, drucken diesen aus und ergänzen die erforderlichen Anlagen sowie Unterschriften.

Ihre personenbezogenen Daten werden ausschließlich für das Veranstaltungsmanagement elektronisch gespeichert und verarbeitet.

1. Angaben zur Person

Name _____

Vorname _____

geb. _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon (privat) _____

Mail (privat) _____

Beruf _____

Dienststelle _____

Anschrift _____

PLZ, Ort _____

Telefon (dienstlich) _____

Mail (dienstlich) _____

2. Beruf

tätig als _____

Beschäftigungsstatus

Hauptberuflich ja nein

seit _____ mit _____ Stunden/Woche

zeitlich befristet von _____ bis _____

Seit wann sind Sie in der Suchtkrankenhilfe tätig?

seit (Monat / Jahr) _____

Schwerpunkte Ihrer derzeitigen beruflichen Tätigkeit?

3. Universitäts-/Hochschulstudium ja nein

Fakultät _____

Abschluss als _____

am (Monat / Jahr) _____

a) Wissenschaftliche Prüfung (Universitätsexamen)

als _____

b) Staatliche Prüfung (Staatsexamen)

als _____

4. Fachhochschulstudium

ja

nein

Fachbereich _____

Abschluss als _____

am (Monat / Jahr) _____

Staatliche
Anerkennung

am (Monat / Jahr) _____

5. Abgeschlossene Berufsausbildungen

Abschluss als _____

am (Monat / Jahr) _____

Abschluss als _____

am (Monat / Jahr) _____

6. Frühere hauptamtliche Tätigkeiten

Anschrift der Dienststellen	tätig als	von - bis

7. Welche Zusatzausbildungen haben Sie absolviert?

8. Welche Fortbildungsveranstaltungen haben Sie besucht?

9. Anlagen

Dieser Bewerbung ist ein **tabellarischer Lebenslauf** (inkl. Passfoto) beigelegt.

Alle erworbenen Qualifikationen sind durch entsprechende **Belege** nachgewiesen (Zeugniskopien, Kopie des Berufsabschlusses, Urkunde, etc.).

10. Einverständnis der Dienststelle zur Teilnahme an der Weiterbildung Suchttherapie (LWL) Schwerpunkt: Verhaltenstherapie

Datum, Stempel / Unterschrift der **Dienststelle**

Hiermit bestätige ich, dass mein Arbeitgeber eine ambulante, ganztägig ambulante oder stationäre Einrichtung der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist, die von der Renten- oder Krankenversicherung entsprechend anerkannt ist.

In Ausnahmefällen: Hiermit bestätige ich, dass ich in einer von der DRV oder GKV anerkannten Einrichtung für die Nachsorge bei Abhängigkeitserkrankungen tätig bin und die zusätzlichen Auflagen erfüllen werde.

Datum, Unterschrift des/der **Bewerber:in**

Senden Sie den vollständig ausgefüllten Bewerbungsbogen inkl. **Belege** an den

**Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
z. H. Frau Alexandra Vogelsang**

48133 Münster