NEUROPSY
Institut für neuropsychologische Bildung

ANTRAG

ZUM ERWERB DES ZERTIFIKATS FÜR DIE THEORETISCHE WEITERBILDUNG FÜR DIE SPEZIALISIERUNG IN KLINISCHER NEUROPSYCHOLOGIE

TITEL, VOR- UND ZUNAME:
GEB. DATUM:
ADRESSE:

E-MAILADRESSE:
TELEFONNUMMER (NUR FÜR RÜCKFRAGEN):
EINTRAGUNGSDATUM IN DIE LISTE DER KLINISCHEN PSYCHOLOGINNEN/EN:
BEARBEITUNGSGEBÜHR ÜBERWIESEN (60€) ☐

ABSOLVIERTE SEMINARE (INSG. MIND. 120 EINHEITEN):

Neuropsychologische Grundlagen (mind. 30-50 Einheiten)
Neuropsychologische Diagnostik (mind. 30-50 Einheiten)
Neuropsychologische Behandlung (mind. 30-50 Einheiten)

		EINHEITEN		
SEMINARTITEL	**DATUM**	NP-Grundlagen	NP-Diagnostik	NP-Behandlung

NEUROPSY
Institut für neuropsychologische Bildung

		EINHEITEN		
SEMINARTITEL	**DATUM**	NP-Grundlagen	NP-Diagnostik	NP-Behandlung
SUMMEN der einzelnen Bereiche				
Einheiten GESAMT				

NEUROPSY
Institut für neuropsychologische Bildung

Ich bin einverstanden, bei positiver Zertifizierung mit Titel, Vor- und Zuname in einem der nächsten Newsletter von NEUROPSY bzw. bei einem von NEUROPSY organisierten ONLINE-EVENT erwähnt zu werden: JA ☐ NEIN ☐

Ich versichere, dass die im Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen und erkläre mich damit einverstanden, dass meine hier angegebenen Daten von NEUROPSY gespeichert werden (Die Datenschutzbestimmungen gemäß DSGVO finden Sie unter https://www.neuropsy.at/datenschutzbestimmungen/).

Datum Unterschrift