

Bewerbung

Weiterbildung Suchttherapie (LWL) Schwerpunkt: Verhaltenstherapie

Zur Prüfung der formellen Zulassungsvoraussetzungen bitten wir darum, den vorliegenden Bewerbungsbogen auszufüllen; weisen Sie erworbene **Qualifikationen** durch entsprechende **Belege** nach (Zeugniskopien, Kopie des Berufsabschlusses, Urkunde, Lichtbild, etc.).

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 _____

_____ Monat _____ Jahr

a) Wissenschaftliche Prüfung (Universitätsexamen)

als _____

b) Staatliche Prüfung (Staatsexamen)

als _____

4. Fachhochschulstudium

ja

nein

Fachbereich _____

Abschluss als _____

_____ Monat _____ Jahr

Staatliche

Anerkennung

_____ Monat _____ Jahr

5. Abgeschlossene Berufsausbildungen

Abschluss als _____

_____ Monat _____ Jahr

Abschluss als _____

_____ Monat _____ Jahr

6. Schulbildung

Volks-/Hauptschulabschluss

Mittlere Reife

Fachhochschulreife

Abitur

7. Frühere hauptamtliche Tätigkeiten

Name der Dienststelle / tätig als / von – bis

8. Welche Zusatzausbildungen haben Sie absolviert?

9. Welche Fortbildungsveranstaltungen haben Sie besucht?

10. Anlagen

Bitte dieser Bewerbung einen **tabellarischen Lebenslauf** (inkl. Passfoto) beifügen

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

Datum, Stempel / Unterschrift der Dienststelle

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

Datum, Unterschrift des/der Bewerbers/in

Hinweis: Ihre personenbezogenen Daten werden für das Veranstaltungsmanagement elektronisch gespeichert und verarbeitet. Sie werden nicht an unbeteiligte Dritte weitergeleitet.

Senden Sie den Bewerbungsbogen an den

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

48133 Münster