

Anmeldeformular zur Qualifizierung zum GeriCoach

Anrede:			
Vorname:			
Name:			
Straße:		Nr.:	
PLZ:		Ort:	
Tel. privat:			
Tel. tagsüber:		Tel. mobil:	
E-Mail:			
Berufliche(r) Werdegang/ Erfahrungen: (bitte maximal 2-3 Stichpunkte)			
Berufs- und/oder Studienabschluss: (mehrere Angaben möglich)	<p>Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege</p> <p>Altenpflege</p> <p>Heilerziehungspflege</p> <p>Logopädie/Physiotherapie mit gerontopsychiatrischen Kenntnissen</p> <p>Ergotherapie</p> <p>Psychologie/Psychotherapie</p> <p>Soziale Arbeit/Sozialpädagogik</p>		

Aktuelle Tätigkeit:	
weitere Qualifikationen: (sofern für GeriCoach relevant, bitte als Kopie anfügen)	
Sonstige Angaben:	

- Ich melde mich mit dieser Anmeldung schriftlich zur Qualifizierung zum GeriCoach an. Mit der schriftlichen Anmeldebestätigung durch die Deutsche Alzheimer Gesellschaft Landesverband M-V e.V. Selbsthilfe Demenz wird der Vertrag wirksam.
- Widerrufsrecht: Ich habe das Recht, binnen zwei Wochen, ohne Angabe von Gründen meine Vertragserklärung zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt zwei Wochen ab dem Tag, an dem ich die Anmeldebestätigung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband M-V e.V. Selbsthilfe Demenz erhalten habe.
- Ja, ich habe die Datenschutzhinweise unter <https://alzheimer-mv.de/fortbildung/gericoach-werden/> zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben der Wahrheit entsprechen. Ich verpflichte mich, der Deutschen Alzheimer Gesellschaft Landesverband M-V e.V. Selbsthilfe Demenz alle Änderungen, während der Qualifizierung zum GeriCoach, mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift