



Akademie für
Öffentliches
Gesundheitswesen
in Düsseldorf

Anmeldung zum Weiterbildungskurs

Facharzt/Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen Fachzahnarzt/Fachzahnärztin und Fachapotheker/Fachapothekerin für Öffentliches Gesundheitswesen

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Für folgende Module: _____

des WBK _____ in _____ an.

(Auswahlfelder mit Daten hinterlegt bei den Modulen)

Herr/Frau _____ wird für die Zeit der Teilnahme freigestellt.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Arbeitgeberin/s:

Ort/Datum

Unterschrift der/des Teilnehmerin /s:

Die im Anmeldeformular erhobenen Daten werden für die Veranstaltungsbearbeitung in der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen gespeichert und EDV-unterstützt verarbeitet. Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) finden Sie [hier](#).

AGB-Bestätigung*

Hinweise zum Datenschutz: Ich willige hiermit ein (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO), dass meine übermittelten persönlichen Daten gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die [Datenschutz-Hinweise](#) habe ich gelesen. Das Recht des Widerrufs ist mir bekannt.

Datenschutz-Hinweise bestätigen**

* Ich habe die AGB zur Kenntnis genommen und bin einverstanden.

** Datenschutz-Hinweise gelesen und akzeptiert



Akademie für
Öffentliches
Gesundheitswesen
in Düsseldorf

Bitte nur einmal bei erstmaliger Anmeldung mit diesem Formular **oder bei Änderungen ausfüllen:**

Name: _____ Vorname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse:

Dienstlich: _____

Privat: _____

Telefon:

Dienstlich: _____

Privat: _____

Mobil: _____

E-Mail:

Dienstlich: _____

Privat: _____

Beruf: _____

Bitte fügen Sie der ersten Anmeldung ein Passbild bei.



Weitere Angaben **nur für die ärztlichen TeilnehmerInnen:**

Derzeitige Funktion im Amt: _____

Geplante Funktion im Amt (sofern bekannt):

Klinische Vorzeiten/Weiterbildungszeiten außerhalb des ÖGD:

Von	Bis	Anzahl Monate	Klinik/Weiterbildungsstätte	Fachrichtung/Gebiet

Weiterbildungszeiten in der Psychiatrie:

Von	Bis	Anzahl Monate	Klinik/Weiterbildungsstätte

Ggfs. bereits erworbene Facharztbezeichnung/en/Zusatzbezeichnungen:

Erworben am:	Ärzttekammer	Gebiet/Zusatzbezeichnung

Weiterbildungszeiten im Gesundheitsamt/Öffentlichen Gesundheitsdienst:

Von	Bis	Anzahl Monate	Gesundheitsamt	Weiterbildungsermächtigte/r



Bestätigung der/des Weiterbildungermächtigten

Herr/Frau ist bei mir zur Weiterbildung als Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen tätig. Ich verfüge über die Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet

Ort/Datum

Unterschrift der/des Weiterbildungermächtigten:

Für den Fall, dass Ihre Teilnahme am Weiterbildungskurs besonders dringend ist, haben Sie hier Gelegenheit, das zu begründen:

Ich habe bereits die Module _____ des Weiterbildungskurses absolviert.

Wie sieht Ihre weitere Planung aus?

Ich habe vor, die mir noch fehlenden Module des WBK in folgender Reihenfolge zu besuchen:

Modul	Beginn	WBK	Ort

Sollte sich dieser Plan ändern, bitten wir um Mitteilung. Dieser Plan ersetzt keine Anmeldung.

Hinweis: Anmeldeschluss ist immer drei Monate vor Modulbeginn. Es erfolgt eine Anmeldebestätigung. Sollte ein Modul ausgebucht sein, können Sie auf die Warteliste gesetzt werden.

Meine Facharztweiterbildung soll abgeschlossen sein: _____