

# Anmeldeformular Zertifizierungskurs

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und senden es als pdf an: zert-lehrgang@ziss.ch.

## 1. Anschrift

Anrede:

Name:  Vorname:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Telefon:  Mobil:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

Arbeitgebende Institution:

Funktion/Position:

## 2. Rechnungsanschrift (falls von 1 abweichend)

Anrede:

Name:  Vorname:

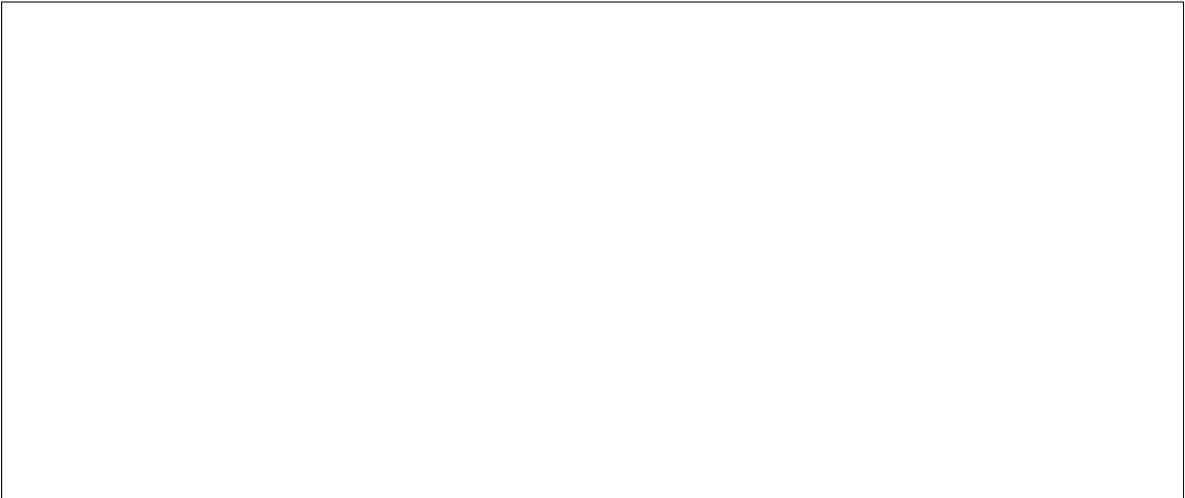
Institution:

Straße/Hausnummer:

PLZ/Ort:

Bemerkungen:

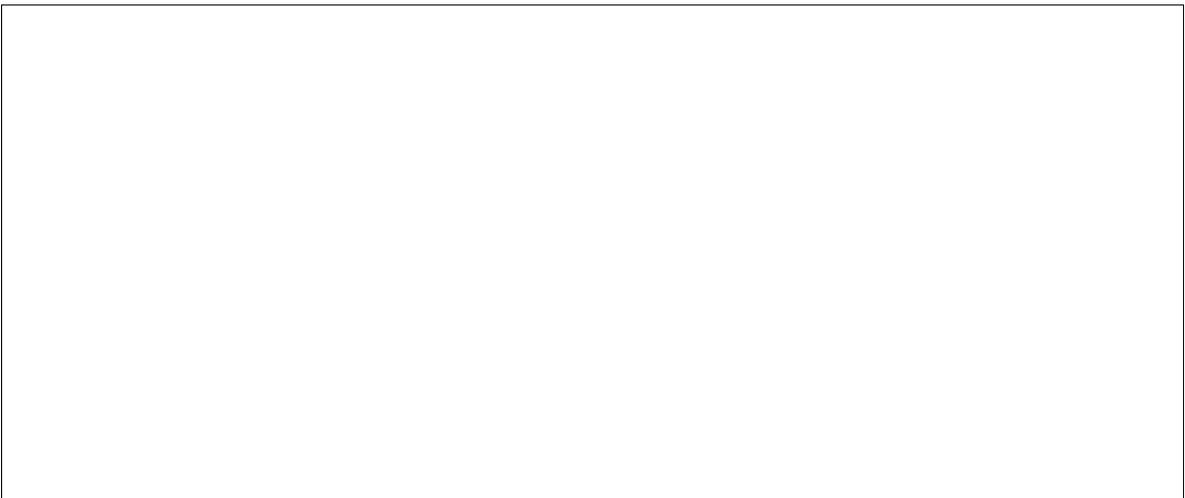
### **3. Therapeutische/Beraterische Aus- und Weiterbildungen**



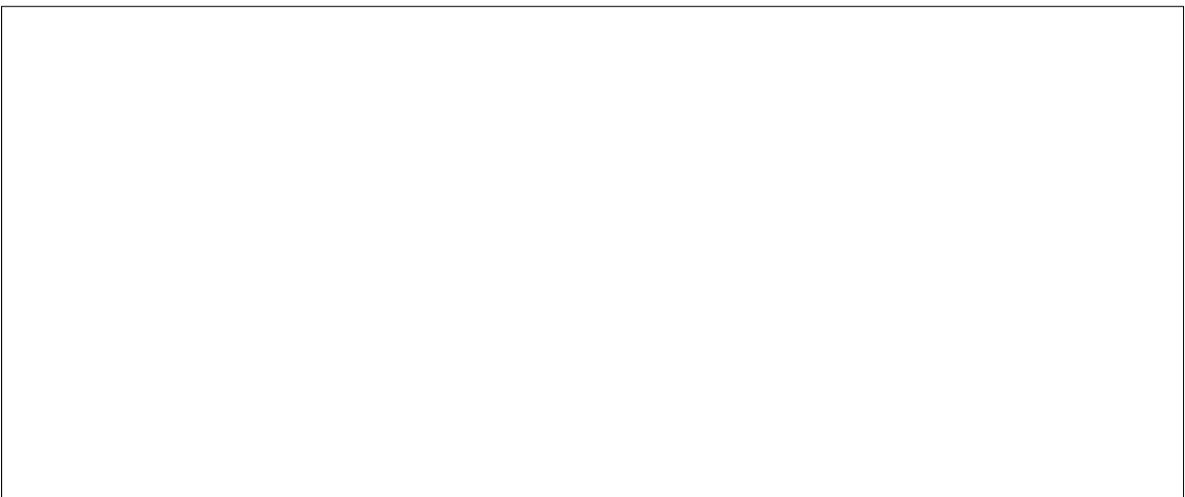
### **4. Bisherige Sexocorporel Aus- und Weiterbildungen (auch Seminare, Kongresse, etc.)**

Bitte machen Sie Angaben zu den ausbildenden Institutionen und den Ausbildenden und fügen Sie die Kopien der Zertifikate bei.

Falls Module fehlen, teilen Sie uns bitte mit welche und wann Sie die nachholen werden.

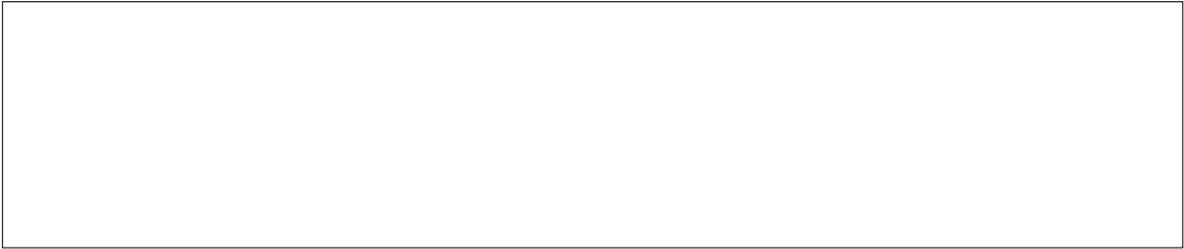


### **5. Aktuelle Tätigkeiten im Bereich Sexualberatung/-therapie**

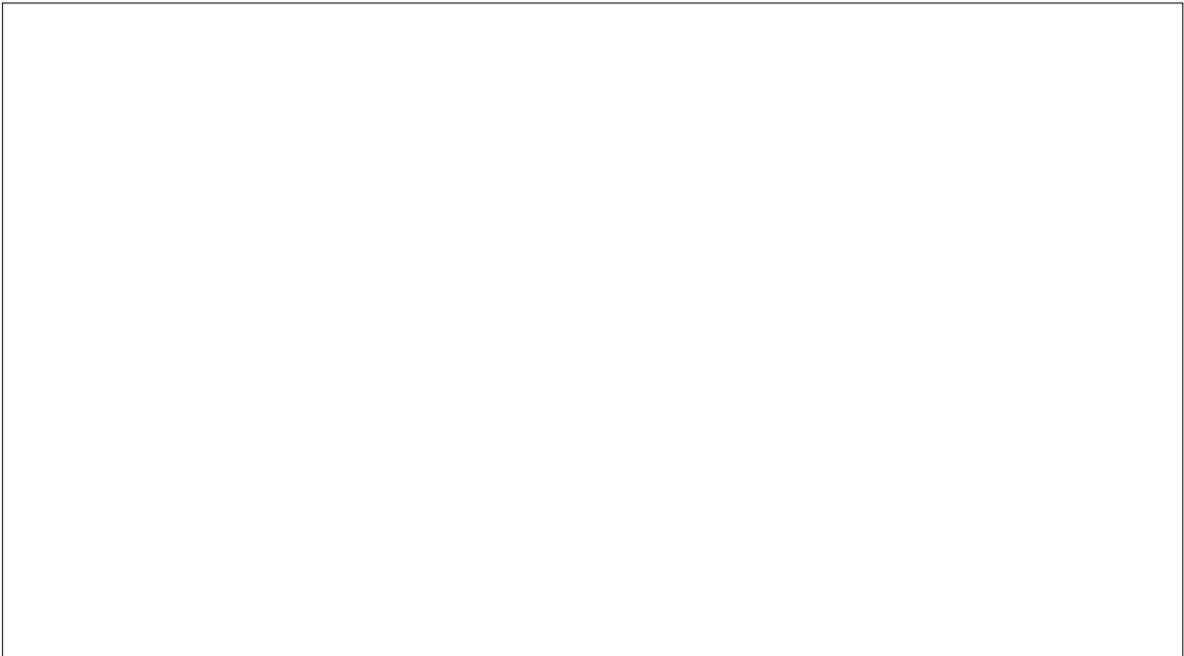


## **6. Supervisionen**

Falls vorhanden teilen Sie uns bitte mit, bei wem Sie in Supervision sind.



## **7. Meine Motivation und Ziele für diesen Durchgang**



## **8. Aktuelles Foto**

