



Zertifizierungsstelle des
European Centre for Clinical Social Work e.V.

**Antragsformular zur Anerkennung als
Klinischer Praktiker/Klinische Praktikerin – Clinical Practitioner (CP-ECCSW)**

Stand: August 2017

Persönliche Daten:

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____
Straße & Nummer:	_____
PLZ & Stadt:	_____
Telefon privat:	_____
Telefon beruflich:	_____
Fax:	_____
E-Mail:	_____

Derzeitige Arbeitsstelle:

Einrichtung:	_____
Straße & Nummer:	_____
PLZ & Stadt:	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____

Studienabschluss:

Studienabschluss:	_____
Studiengang:	_____
Hochschule:	_____
Abschlussjahr:	_____
Studienschwerpunkt:	_____

Bitte legen Sie eine beglaubigte Kopie Ihres Diploms der Bewerbung bei.

Weitere Studienabschlüsse (auch Aufbaustudiengänge an Hochschulen)

Studienabschluss: _____

Studiengang: _____

Hochschule: _____

Abschlussjahr: _____

Bitte legen Sie eine beglaubigte Kopie Ihrer Zertifikate und ggf. Angaben zu Studieninhalten bei (nur wenn relevant für Zertifizierung).

Klinische Praxiserfahrung und begleitendes Studium:

Das ECCSW setzt einen klinisch orientierten Bachelor-Abschluss mit klinisch orientiertem Profil (bspw. in Beratung) und eine Mindestbeschäftigung (i.d. R 50% einer Vollzeitstelle) mit sozial-klinischen, beratenden, (sozial-)therapeutischen Aufgabenstellungen voraus bzw. die Teilnahme an einem klinisch orientierten Masterprogramm und/oder einschlägige durch das ECCSW anerkannte Zertifikats- oder Ausbildungskurse an einem anerkannten Institut oder Fortbildungsangebote durch als „Clinical Mentor (CM-ECCSW)“ anerkannte FachsozialarbeiterInnen (FS-CM).

Zusätzlich ist die Teilnahme an einer Fachgruppe/Supervisionsgruppe (ggf. im Rahmen der Weiterbildung oder an der Arbeitsstelle)

Hochschulausbildung

Haben Sie einen Bachelor-Abschluss mit sozial-klinischem Profil erworben?

Ja

Studienabschluss: _____
 Studiengang: _____
 Hochschule: _____
 Abschlussjahr: _____
 Studienschwerpunkt: _____

Nein

Hochschulausbildung auf Masterniveau

Befinden Sie sich aktuell in einem klinisch orientierten Masterprogramm?

Studienabschluss: _____
 Studiengang: _____
 Hochschule: _____
 Abschlussjahr: _____
 Studienschwerpunkt: _____

Praxiserfahrung, im Umfang einer 50%-Stelle:

Einrichtung: _____
 Straße & Nummer: _____
 PLZ & Stadt: _____
 Telefon: _____
 E-Mail: _____
 Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) _____
 Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) _____
 Beschäftigungsumfang (Std./Woche) _____
 Anzahl Monate der Beschäftigung: _____
 Ausgeführte Tätigkeiten: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung Ihrer Arbeitsstelle bei (original oder beglaubigt).

Fort- und Weiterbildungen Postgradual

Führen Sie bitte auf dieser Seite alle klinisch relevanten Fort- und Weiterbildungen in wissenschaftlich fundierten Verfahren auf, die Sie seit dem Erwerb Ihres Bachelor-Abschlusses erfolgreich absolviert haben oder gerade durchführen.

Die Inhalte werden inhaltlich durch das ECCSW geprüft, ggf. werden Auflagen für eine gezielte Ergänzung (Nachqualifikation) gemacht.

Fortbildung 1:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Fortbildung 2:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Fortbildung 3:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Fortbildung 4:

Abschluss (Titel): _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Unterrichtsstunden: _____

Fortbildungsstätte: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Teilnahme an einer Fachgruppe/Supervisionsgruppe

Supervision 1:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Supervisor: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Supervision 2:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Supervisor: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Supervision 3:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Supervisor: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.

Supervision 4:

Bezeichnung: _____

Inhalte: _____

Beginn: (Jahr/Monat) _____

Ende: (Jahr/Monat) _____

Stundenzahl: _____

Supervisor: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Mail: _____

Legen Sie bitte eine Bestätigung (original / beglaubigt) bei.



Berufsethische Prinzipien

Die berufsethischen Prinzipien des ECCSW lehnen sich an den Code of Ethics der Clinical Social Work Federation (<http://www.clinicalsocialworkassociation.org>) an. Jede(r) Zertifikatsinhaber/-in verpflichtet sich vor Aushändigung des Zertifikates per Unterschrift zur Einhaltung der berufsethischen Forderungen. Die berufsethischen Prinzipien rufen Sie auf unter <http://www.eccsw.eu/zertifizierung.pebble.html#Antrag>

Erklärung

Ich bestätige, dass ich die berufsethischen Prinzipien des ECCSW in schriftlicher Form erhalten habe. Ich habe sie gelesen und erkenne sie an. Ich akzeptiere, dass ich bei nachgewiesenen bedeutsamen Verstößen gegen die Ethikrichtlinien das Zertifikat an das ECCSW zurückgeben muss und den Titel „Klinischer Praktiker/Klinische Praktikerin – Clinical Practitioner (CP-ECCSW)“ nicht mehr führen darf.

_____/_____/_____
Ort Datum Unterschrift

Die Zertifizierung ist kostenfrei, setzt aber eine Mitgliedschaft im European Centre for Clinical Social Work e.V. voraus. Die Unterlagen für die Mitgliedschaft rufen Sie auf unter <http://www.eccsw.eu/mitgliedschaft.pebble.html>

Bitte senden Sie den Antrag (achten Sie bitte auf alle benötigten Angaben und Nachweise) an unsere Zertifizierungsstelle:

European Centre for Clinical Social Work e.V.

Zertifizierungsstelle

**Dario Deloie
c/o Technische Hochschule Köln
Gustav-Heinemann-Ufer 54**

D-50968 Köln

Zum Abschluss möchten wir Sie höflichst bitten, sich ein wenig Zeit zu nehmen, um an unsere Umfrage teilzunehmen. Für evaluative Zwecke möchten wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie von der Anerkennung durch das ECCSW erfahren haben?

- Vortrag/Präsentation
- Flyer
- Internet
- Kollege/n
- Kongress/Tagung

Anzeige in (Name der Zeitung/Zeitschrift) Ausgabe:.....
sonstige Quellen