**Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)**

**Antragsformular zur Anerkennung als Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (FS-CM) / Clinical Mentor (CM-ZKS)**

Stand: 22.05.2014

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Weitere Studienabschlüsse (auch Aufbaustudiengänge an Hochschulen)**

Studienabschluss: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Studiengang: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hochschule: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Abschlussjahr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie eine beglaubigte Kopie Ihrer Zertifikate und ggf. Angaben zu Studieninhalten bei, soweit sie nach der Erst-Anerkennung erworben wurden und der ZKS noch nicht vorliegen (nur wenn relevant für Zertifizierung).**

**Erworbene Kompetenzen**

Die ZKS verleiht auf Antragstellung den Titel „Clinical Mentor (CM-ZKS)“ an Kolleginnen und Kollegen, die über fundierte und langjährige fachwissenschaftliche Kenntnisse und Kompetenzen in ihrem Arbeitsfeld verfügen. KollegInnen, denen der Titel „Clinical Mentor (CM-ZKS)“ verliehen wird, erhalten die Berechtigung zks-zertifizierte Ausbildungsinhalte und Module anzubieten und abzurechnen. Sie können Fortbildungsangebote für Interessierte und „Klinische Praktiker (CP-ZKS)“, die eine Zertifizierung durch die ZKS anstreben, anbieten. Dazu gehören die Durchführung von Selbstreflexion, die Anleitung/Leitung von Intervisionsgruppen und supervisorische sozial-klinische Fallberatung. „Clinical Mentoren (CM-ZKS)“ können darüberhinaus für zertifizierte Kolleginnen, die eine Re-Zertifizierung beabsichtigen, Fortbildungsangebote anbieten.

**Klinische Praxiserfahrung:**

Die ZKS verlangt für den Level „Clinical Mentor (CM-ZKS)“ Nachweise, welche die Befähigung für die Erlangung oben dargestellter Kompetenzen, sicher stellen. Dies sind zum einen die Re-Zertifizierung als Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (FS-ZKS) / Clinical Social Worker (CSW-ZKS), die Berufspraxis ab der Erst-Zertifizierung, der Erfahrungshintergrund im entsprechenden Themen-/Arbeitsgebiet, Konzeptdarstellung der angebotenen Fortbildungsinhalte, Supervision/Intervision. Bitte reichen Sie die entsprechenden Nachweise, entlang der folgenden Punkte, ein.

1. **Angaben zur Ihrer Re-Zertifizierung:**

☐ Ich bin als Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (FS-ZKS) am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ re-zertifiziert worden und erfülle die Kriterien für den Level „Clinical Mentor (CM-ZKS)“ .

☐ Ich besitze eine Erst-Zertifizierung (vor 01.01.2013) und **beantrage mit dem Antrag auf Re-Zertifizierung** gleichzeitig den **Zertifizierungslevel „Clinical Mentor (CM-ZKS)“** im Rahmen einer ***Einzelfallprüfung***, da ich über langjährige sozial-klinische Praxiserfahrung und über aktuelles fachwissenschaftliches Erfahrungswissen und entsprechende Kompetenzen verfüge.

1. **Summe der Praxiserfahrung:**

Welche mehrjährige Berufspraxis und/oder spezifische Fort-/Weiterbildungen in Bezugs auf klinisch-soziale Aufgabenstellungen haben Sie nach Ihrer Erst-Zertifizierung durch die ZKS absolviert?

* 1. **Praxiserfahrung / absolvierte Fort-/Weiterbildung A:**

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße & Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ & Stadt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl Monate der Beschäftigung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausgeführte Tätigkeiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Legen Sie bitte eine Bestätigung Ihrer Arbeitsstelle bzw. des Veranstalters bei (original oder beglaubigt).**

* 1. **Praxiserfahrung / absolvierte Fort-/Weiterbildung B:**

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße & Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ & Stadt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl Monate der Beschäftigung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausgeführte Tätigkeiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Legen Sie bitte eine Bestätigung Ihrer Arbeitsstelle bzw. des Veranstalters bei (original oder beglaubigt).**

* 1. **Praxiserfahrung / absolvierte Fort-/Weiterbildung C:**

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße & Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ & Stadt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl Monate der Beschäftigung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausgeführte Tätigkeiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Legen Sie bitte eine Bestätigung Ihrer Arbeitsstelle bzw. des Veranstalters bei (original oder beglaubigt).**

* 1. **Praxiserfahrung / absolvierte Fort-/Weiterbildung D:**

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße & Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ & Stadt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl Monate der Beschäftigung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausgeführte Tätigkeiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

* 1. **Praxiserfahrung / absolvierte Fort-/Weiterbildung E:**

Einrichtung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße & Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ & Stadt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsbeginn: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beschäftigungsende: (Jahr/Monat) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anzahl Monate der Beschäftigung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ausgeführte Tätigkeiten \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*🡪 Kopieren Sie bei weiterem Bedarf diese Seite und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.*

1. **Erfahrungshintergrund im eigenen sozial-klinischen Arbeitsfeld**

Stellen Sie bitte hier leserlich dar, über welchen Erfahrungshintergrund Sie im Speziellen verfügen. Dieser Aspekt grenzt sich von der Berufspraxis ab. Benennen Sie jene Aspekte in Ihrem Arbeitsfeld, über die Sie besondere, vertiefte Erfahrungen besitzen und als „Clinical Mentor (CM-ZKS)“ einbringen möchten, bspw. in Beratung Behandlung, Anamnese, Diagnostik, Evaluation, spezielles Störungs-/Behandlungswissen, spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet des Gesundheits-/Sozialmanagements, der Qualitätssicherung etc. Führen Sie auch evtl. eigene Veröffentlichungen sowie durchgeführte Fortbildungsangebote, Vorträge o.ä. auf.

*🡪 Kopieren Sie bei Bedarf diese Seite und legen Sie die entsprechenden Nachweise bei.*

1. **Darstellung des Konzeptes Ihres Angebotes als „Clinical Mentor (CM-ZKS)“**
	1. Welches Aufgaben-/Themengebiet möchten Sie in Ihrer Ausbildungs- und Anleitungsfunktion einbringen? Welche Inhalte sind Gegenstand Ihrer Arbeit? Welche Fachliteratur legen Sie zugrunde?
	2. Auf welche Verfahren / didaktische Vorgehensweisen greifen Sie zurück und wie möchten Sie Ihr Programm umsetzen?

(sollte der angebotene Raum hier nicht ausreichen, legen Sie bitte jeweils ein Extrablatt bei)

* 1. Welche Methoden der Qualitätssicherung setzen Sie ein?

**Kosten**

Ich habe die Gebühr von 200,00 EUR zur Erst-Zertifizierung als „Clinical Mentor (CM-ZKS)“

gleichzeitig mit der Antragstellung auf das unten stehende Konto der ZKS überwiesen. ☐

Ich habe eine Einzelfallprüfung beantragt und die Gebühr für beide Zertifizierungsverfahren

FS-ZKS (Re-Zertifizierung) und CP-ZKS - in Höhe von 300,00 EUR auf das unten stehende
Konto der ZKS überwiesen. ☐

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Sparkasse Coburg-Lichtenfels

BLZ: 783 500 00
Konto Nr. 40 40 98 80

BIC: BYLADEM1COB

IBAN: DE97

**Re-Zertifizierung**

Mir ist bekannt, dass ab der erfolgreichen Zertifizierung durch die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) eine Re-Zertifizierung **nach** **5 Jahren verpflichtend** ist, um die Berechtigung zur Führung des Titels

**Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (FS-CM) /**

**Clinical Mentor (CM-ZKS)**

beibehalten zu können. Die Re-Zertifizierung dient der Sicherstellung und Erweiterung meines fachwissenschaftlich erworbenen Wissens. Sie weist und sichert, durch kontinuierliche Reflexion und Supervision meiner eigenen beruflichen Tätigkeit, eine qualitativ hochwertige und unter sozial-klinischen Gesichtspunkten ausgestaltete Fachlichkeit aus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort, Datum Unterschrift

**Berufsethische Prinzipien**

Die berufsethischen Prinzipien der ZKS 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.klinische-sozialarbeit.de/zertifizierung/Berufseth.Prinzipien-ZKS.pdf.

**Erklärung**

Ich bestätige, dass ich die berufsethischen Prinzipien von der ZKS in schriftlicher Form erhalten habe. Ich habe sie gelesen und erkenne sie an. Ich akzeptiere die Ethikkommission der ZKS als Schlichtungsstelle in Konflikt- und Streitfällen. Ich akzeptiere, dass ich bei nachgewiesenen bedeutsamen Verstößen gegen die Ethikrichtlinien das Zertifikat an die ZKS zurückgeben muss und die Titel „Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (FS-ZKS) / Clinical Social Worker (CSW-ZKS)“ und „Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (FS-CM) / Clinical Mentor (CM-ZKS)“ nicht mehr führen darf.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ort, Datum Unterschrift

Bitte senden Sie den Antrag an das ZKS-Regionalbüro Süd

Gerhard Klug

Bräuweg 8

86459 Gessertshausen-Deubach