**European Centre for Clinical Social Work**

**Antragsformular zur Anerkennung als Clinical Mentor:in (CM-ECCSW)**

Stand: 29.01.2022

**Persönliche Daten**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Telefonische Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 fügen Sie dem Antrag für die Zertifizierung relevante Nachweise bei (bspw. Urkunde, weitere Informationen zu Studieninhalten).**

**Erworbene Kompetenzen**

Der ECCSW verleiht auf Antragstellung den Titel „Clinical Mentor:innen (CM-ECCSW)“ an Kolleg:innen, die über fundierte und langjährige fachwissenschaftliche Kenntnisse und Kompetenzen in ihrem Arbeitsfeld verfügen. Sie sollen möglichst Fortbildungsangebote für Interessierte und „Klinische Praktiker:innen (CP-ECCSW)“, die eine Zertifizierung durch den ECCSW anstreben, anbieten. Dazu gehören die Durchführung von Selbstreflexion, die Anleitung/Leitung von Intervisionsgruppen und supervisorische sozial-klinische Fallberatung.

**Klinische Praxiserfahrung**

Die ECCSW verlangt für den Level „Clinical Mentor:innen (CM-ECCSW)“ Nachweise, welche die Befähigung für die Erlangung oben dargestellter Kompetenzen, sicherstellen. Dies sind zum einen die Berufspraxis ab der Zertifizierung als „Fachsozialarbeiter:in für Klinische Sozialarbeit (FS-ECCSW) / Clinical Social Worker (CSW-ECCSW)“, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zertifiziert worden und erfülle die Kriterien für den Level „Clinical Mentor:in (CM-ECCSW)“ .

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 ECCSW bzw. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zertifikate, Zeugnisse, Bestätigungen).**

* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zertifikate, Zeugnisse, Bestätigungen).**

* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zertifikate, Zeugnisse, Bestätigungen).**

* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zertifikate, Zeugnisse, Bestätigungen).**

* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Fügen Sie dem Antrag bitte entsprechende Nachweise bei (Zertifikate, Zeugnisse, Bestätigungen).**

* 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:in (CM-ECCSW)“ 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:in (CM-ECCSW)“**
	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 120,00 EUR zur Erst-Zertifizierung als „Clinical Mentor:in (CM-ECCSW)“

gleichzeitig mit der Antragstellung auf das untenstehende Konto des ECCSW überwiesen.

☐ Ich bin Mitglied im ECCSW und daher kostenbefreit.

ECCSW e.V.

Commerzbank Sonneberg

IBAN: DE56 7834 0091 0876 721200

BIC: COBADEFFXXX

 **Kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung**

Die:Der Träger:in des Zertifikates verpflichtet sich, regelmäßig an Fachtagungen und Weiterbildungen teilzunehmen, um klinischsozialarbeiterische Kompetenzen kontinuierlich weiterzuentwickeln.

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

 Ort, Datum Unterschrift

**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 Anerkennung ist in Form der Unterschrift der berufsethischen Prinzipien diesem Antrag beizufügen.

**Erklärung**

Die aktuellen datenschutzrechtlichen Richtlinien des Zertifizierungsverfahrens sind abrufbar auf der Homepage des ECCSW e.V.

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zertifizierung ein. Ein Widerruf ist an keine besondere Form gebunden und richtet sich an den Vorstand (info@eccsw.eu)

* ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zertifizierung Forschungsprojekt zu.
* ich stimme der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Zertifizierung nicht zu.

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

 Ort, Datum Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle von falschen Angaben die Zertifizierung erlischt.

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

 Ort, Datum Unterschrift

Bitte senden Sie den Antrag mit entsprechenden Nachweisen an **info@eccsw.eu**

**Folgende Nachweise habe ich beigelegt**

[ ]  tabellarischer Lebenslauf

[ ]  Nachweis über den Bachelorabschluss

[ ]  Nachweis über Studienschwerpunkte (Modulhandbuch, Curriculum)

[ ]  Nachweis über aktuelles Masterstudium

[ ]  Nachweis über aktuelle Arbeitsstelle

[ ]  Nachweis über vorherige Arbeitsstellen

[ ]  Nachweis über Fortbildungen

[ ]  Nachweis über Supervisionen

[ ]  Unterschriebene Erklärung zur Anerkennung berufsethischer Prinzipien ECCSW