

European Centre for Clinical Social Work - Antragsformular zur Anerkennung als Klinische:r Praktiker:in „Clinical Practitioner (CP-ECCSW)“

Stand: 10.12.2022

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: _____

Bitte fügen Sie dem Antrag die Urkunde bei.

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).

Klinische Praxiserfahrung und begleitendes Studium

Der 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 ein einem klinisch-orientierten Masterprogramm.

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: _____

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

Postgraduale Fort- und Weiterbildungen

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 den 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:	_____

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

Fortbildung 2

Abschluss (Titel):	_____
Inhalte:	_____
Beginn: (Jahr/Monat)	_____
Ende: (Jahr/Monat)	_____
Unterrichtsstunden:	_____
Fortbildungsstätte:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Fax:	_____
Mail:	_____

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

Kosten

- Ich habe die Gebühr in Höhe von 75€ EUR zur Zertifizierung als „Klinische:r Praktiker:in - Clinical Practitioner (CP-ECCSW)“ gleichzeitig mit der Antragstellung auf das untenstehende Konto des ECCSW überwiesen

ECCSW e.V.
Commerzbank Sonneberg
IBAN: DE56 7834 0091 0876 721200
BIC: COBADEFFXXX

- Ich bin Mitglied im ECCSW und daher kostenbefreit.

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
- Unterschriebene Erklärung zur Anerkennung berufsethischer Prinzipien ECCSW