

Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie
Wissenschaftliche Gesellschaft für künstlerische Therapien

Von-Esmarch-Str. 111 ,48149 Münster

Mail: bkmt@bkmt.de

Antrag auf Zertifizierung zur/m BKMT-Supervisor/In für künstlerische Therapien

Bitte kreuzen Sie die Daten an, die im Supervisorsregister und auf der Homepage des BKMT veröffentlicht werden dürfen.

X	X	
Name:	—	Geb.Name:
Vorname:	—	geb. am:
Akad. Grad/ Titel:	—	1.1 BKMT Mitglied seit :
Berufsbezeichnung	—	Staatsangehörigkeit.:
Privat-Anschrift:		Dienst-Anschrift:
		Institution: Praxis:
Straße:		Straße:
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:
Tel.-Nr.		Tel.-Nr.
Mobil-Nr.		Mobil-Nr.
Fax-Nr.		Fax-Nr.
E-Mail:		E-Mail: Internet:
Kreuzen Sie an, welche Anschrift in das Supervisorenregister aufgenommen werden soll:		Privat-Adresse Dienst-Adresse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

1.2 Berufsausbildung/Abschlüsse in künstlerischen Therapien/Zusatzqualifikationen (Jahr des Abschlusses) -Bitte Kopie als Nachweis beifügen		an Institution/Hochschule/ Ort

Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie
Wissenschaftliche Gesellschaft für künstlerische Therapien

1.3 Berufstätigkeit in künstlerischen Therapien (von - bis)

Bitte Bescheinigung über eine mindestens fünfjährige Berufstätigkeit als Nachweis beifügen.

Bescheinigung des Arbeitgebers, Honorarverträge oder Nachweis der Praxisgründung durch schriftliche Erklärung oder gewerbliche Einträge ggf. mit Praxisflyer

1.4 Dozententätigkeiten oder Lehraufträge

in künstlerischen Therapien (von - bis)

Bitte Bescheinigung über eine insgesamt mind. dreijährige Dozententätigkeit/Lehraufträge als Nachweis beifügen.

an Institution/Hochschule/Ort

1.5. Nachweis der Supervisonstätigkeit

Nachweis von 50 erteilten Supervisonsstunden im Bereich der künstlerischen Therapien durch Bescheinigung des Ausbildungsinstituts oder 10 ausführliche Falldarstellungen aus freiberuflicher Supervisionstätigkeit. Bitte Bescheinigungen beifügen.

Berufsverband für Kunst-, Musik- und Tanztherapie
Wissenschaftliche Gesellschaft für künstlerische Therapien

Bei Fehlen der Voraussetzung von 1.5.

Ich bin interessiert an der Teilnahme an einem Fortbildungsbock und bitte um Zusendung des Termins für die Blockveranstaltung

Ja Nein

oder

Ich bin interessiert an der Teilnahme an 8 Einzelsupervisionsstunden und bitte um Terminabsprache

Ja Nein

oder

Ich bin interessiert an der Teilnahme an 15 Einzelsupervisionsstunden und bitte um Terminabsprache

Ja Nein

Nach Erfüllung aller Voraussetzung wird der Antrag durch die Zertifikatskommission geprüft.
Für die Ausstellung des Zertifikates wird eine Gebühr von 150,- Euro erhoben.

Datum/Ort

Unterschrift