

IV: Fortbildungen / Trainingsangebote

Im Folgenden möchten wir ein wenig mehr über Ihre Tätigkeiten als Referent oder Trainer erfahren. Bitte geben Sie an, ob Sie einer derartigen Tätigkeit nachgehen – und wenn ja, welche Angebote Sie in diesen Bereichen bieten.

Sind Sie als Referent oder Trainer tätig?

Ja Nein

Wenn ja: Was sind Ihre Schwerpunkte, bieten Sie Fortbildungen für Betroffene, Angehörige und / oder Fachkräfte an? Wenn ja: Für welche?

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

V: Einverständniserklärung

Um Ihre Daten auch allen Betroffenen und Fachkräften zugänglich machen zu können, brauchen wir hier abschließend noch Ihr Einverständnis.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Angaben auf dem Internetauftritt des ADHS-Netzwerks Hochsauerland-Hochstift (zugänglich über die Seiten der LWL-Klinik Marsberg) veröffentlicht werden. Ferner bin ich damit einverstanden, dass diese Daten in jeglicher Form publiziert und verbreitet werden dürfen. Es ist mir jedoch zu jedem Zeitpunkt möglich, mein Einverständnis sofort und ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte per Post oder Fax an:

LWL-Klinik Marsberg (KJP)
Projektbüro - z.Hd. Herrn Wittmann
Bredelarer Straße 33
34431 Marsberg

Fax: 02992 / 601 – 3103
z.Hd. Herrn Wittmann

