

Berufsbezogene Eignungsdiagnostik nach DIN 33430

Antrag auf Zulassung zur Lizenzprüfung für Studierende

| lch | möchte folgende L | izenz erwerben : | | |
|---|--|---|--|--|
| <u> </u> | | Lizenz für Eignungsdiagnostiker(innen) (Module 1-6) Lizenz für Beobachter(innen), die an direkten mündlichen Befragunge beteiligt sind (Module 1-3) | | |
| | Lizenz BV | Lizenz für Beobachter(innen), die an Verhaltensbeobachtungen und – beurteilungen beteiligt sind (Module 1-2) | | |
| lch | möchte die Prüfun | g ablegen : | | |
| | als online-basierte Version am Rechner im Haus der Psychologie in Berlin | | | |
| Die Kosten hierfür entnehmen Sie bitte der beigefügten Liste. Sie erhalten eine Rechnung von uns. | | | | |
| Bitte fügen Sie Ihrem Antrag unbedingt eine aktuelle Studienbescheinigung bei. | | | | |
| Me | ine Daten: Frau □ He | rr | | |
| Ti | tel: | | | |
| V | orname: | | | |
| N | ame: | | | |
| | ame der ochschule: | | | |
| | rivatadresse : straße, PLZ, Ort) | | | |
| | /tl. abweichende echnungsadresse: | | | |
| Te | elefon: | | | |
| _ | mail: | | | |



| | | Gewünschter Prüfungstermin (die Termine sind veröffentlicht unter www.din33430portal.de): | | |
|-----|--|---|--|--|
| | oder | | | |
| | an Ihrer H | n Ihrer Hochschule zu einem festgelegten Termin | | |
| | r bei Lizen | z E : Nachweis von Praxiserfahrung | | |
| Ich | erkläre hie | rmit meine Praxiserfahrungen durch folgenden Nachweis belegen zu können : | | |
| | Praxisberichte und / oder Praktikumsberichte über die Durchführung von mindestens zwei Eignungsbeurteilungen | | | |
| | Auftragsbestätigung und Rechnung über mindestens zwei Eignungsbeurteilungen | | | |
| | Schriftliche Bescheinigung über mindestens zwei Eignungsbeurteilungen | | | |
| | Arbeitsze | ugnis / Praktikumszeugnis über die Tätigkeit im Bereich Eignungsbeurteilung | | |
| Hin | weis: | | | |
| Abs | sagen weni sgenomme | g zu einer Prüfung ist verbindlich. Bei Änderungen des Prüfungstermins oder ger als eine Woche vor dem Termin wird die Prüfungsgebühr in voller Höhe fällig. n hiervon sind krankheitsbedingte Absagen oder Verschiebungen mit ärztlichem | | |
| | | | | |
| Ort | , Datum | Unterschrift | | |
| Ihr | Ansprechp | artner für Fragen : | | |
| Ute | ıtsche Psy Szenkler Köllnische | chologen Akademie GmbH des BDP Tel : 030 / 209 166 312 n Park 2 | | |

10179 Berlin

u.szenkler@psychologenakademie.de