

Bezeichnung der Ausbildungsstätte
.....
.....
.....
.....

Anlage 2
(zu § 1 Abs. 4)

B E S C H E I N I G U N G
ÜBER DIE TEILNAHME AN AUSBILDUNGSVERANSTALTUNGEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: Geburtsort:

hat regelmäßig und mit Erfolg

1. an der **praktischen Tätigkeit** nach § 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 1
in der Zeit

Beginn der praktischen Tätigkeit:

vom bis, vom bis, vom bis,

vom bis, vom bis, vom bis,

vom bis, vom bis, vom bis,

teilgenommen und dabei Stunden abgeleistet,

in der ambulanten Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Satz 3
in der Zeit

vom bis, vom bis, vom bis,

vom bis, vom bis, vom bis,

teilgenommen und dabei Stunden abgeleistet

sowie

in der Einrichtung nach § 2 Abs. 2 Nr. 2
in der Zeit

vom bis, vom bis, vom bis,

vom bis, vom bis, vom bis

teilgenommen und dabei Stunden abgeleistet.

Er/ Sie*) erfüllt die Voraussetzungen des § 2 Abs. 3.

2. an der **theoretischen Ausbildung** nach § 3 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den dazu vorgeschriebenen Veranstaltungen

im Umfang von Stunden teilgenommen.

3. an der **praktischen Ausbildung** nach § 4 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

mit

..... Behandlungsstunden und

..... Supervisionsstunden, davon Stunden Einzelsupervision,

bei den Supervisoren

.....
(Name)

.....
(Name)

.....
(Name)

teilgenommen und

..... schriftliche Falldarstellungen über eigene Patientenbehandlungen vorgelegt.

4. an der **Selbsterfahrung** nach § 5 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit

..... Stunden

bei dem Selbsterfahrungsleiter/ der Selbsterfahrungsleiterin

.....
(Name)

teilgenommen.

Er/ Sie*) hat die vorgeschriebene Mindeststundenzahl von 4200 Stunden erreicht.

Die Ausbildung ist - nicht - über die nach § 6 Abs. 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässigen Fehlzeiten hinaus -

um Tage*) - unterbrochen worden.

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link <https://www.lids.sachsen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Siegel/ Stempel

....., den
(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift(en) der Leitung der Ausbildungsstätte)

*) Nichtzutreffendes streichen.