SFGG•SPSG
Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie
Société Professionnelle Suisse de Gériatrie
Società Professionale Svizzera di Geriatria

Prüfungskommission

Kandidaten-Nr. ..... / 2020 (bitte leer lassen)

Anmeldung zur Prüfung 2020 «Schwerpunkt Geriatrie»

Gewünschte Prüfungssprache: deutsch ☐ französisch ☐

Name / Vorname: _____

Titel: _____

Adresse: _____

Tel. _____

E-Mail _____

Persönliche Angaben:

AHV-Nummer _____

Pass- oder ID-Nr. / Nationalität _____

Geburtsdatum _____

Geschlecht m ☐ f ☐

Diplomjahr und Diplomort _____

SFGG-Mitglied Ja ☐ Nein ☐

Bitte geben Sie an, in welchen Weiterbildungsstätten Geriatrie Sie in den letzten 10 Jahren tätig waren (inklusive aktuelle Tätigkeit bis Ende 2020). **Diese Daten sind unerlässlich. Sie verhindern, dass Sie einen Prüfenden zugeteilt erhalten, der Ihr direkter Vorgesetzter/Ihre direkte Vorgesetzte war/ist.**

Name Weiterbildungsstätte	Namen der Vorgesetzten mit Schwerpunkt Geriatrie

Datum: _____ Unterschrift: _____