



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: _____