**Klinische Tätigkeit im Bereich „Klinische Neuropsychologie“ – Aufstellung der Bescheinigungen**

**Name Antragsteller/in:**  **Mitgliedsnummer:** #

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Besch.-Nr.** | **Einrichtung/Institution** | **Art der Tätigkeit** | **Abteilung/fachl. verantw. Leiter** | **Zeitraum (von-bis)** | **Zeitdauer (in Mon.)** | **Vermerke der PTK Bayern** |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |
| # |  |  |  |  |  |  |

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner zum Antrag gemachten Angaben und die Übereinstimmung eingereichter Kopien

mit den entsprechenden Originalen.

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller/in