Antrag zur Akkreditierung als Mentorin, Mentor

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Personalien | | | | |
| Anrede | Herr  Frau |  | |  |
| Nachname |  | Vorname | |  |
| Adresse |  | | | |
| PLZ, Ort |  | | | |
| Telefon Geschäft |  | Telefon Mobile | |  |
| E-Mail |  | | Sprache (DE, FR, IT) |  |
| AHV Nummer |  | |  |  |
| Fachrichtung | Ayurveda-Medizin  Homöopathie  Traditionelle Chinesische Medizin TCM  Schwerpunkte:  Akupunktur/Tuina  Chinesische Arzneitherapie nach TCM  Traditionelle Europäische Naturheilkunde TEN | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Qualifikation | Nachweisdokument |
| Berufserfahrung in der gewählten Fachrichtung seit … |  |
| Eidg. Diplom in der gewählten Fachrichtung  oder  Abschluss gemäss Übergangsregelung**[[1]](#footnote-1)** Variante D, E oder F |  |
| Nachweis Mentorats-, Coaching- oder Supervisionsausbildung  Z.B. Bestätigung der dreitägigen Mentorenausbildung |  |
| Bestätigung obligatorischer Einführungstag für Mentor/innen |  |

Bitte alle Nachweisdokumente in einem (1) pdf zusammenfassen.

|  |  |
| --- | --- |
| Angebot an Mentoranden | |
| Ich biete Einzelmentorate an | Ich biete Gruppenmentorate an |
| Ich besitze das eidg. Diplom in der/den Fachrichtung/en: | AYU HOM TCM TEN |

Mit dem Antrag bescheinige ich, die «Richtlinie zur Berufspraxis unter Mentorat» zur Kenntnis genommen zu haben und deren Rahmenbedingungen einzuhalten. Bei Zuwiderhandlungen kann diese Akkreditierung entzogen werden.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum |  |

Senden Sie den Antrag mit den Nachweisdokumenten per E-Mail an [sekretariat@oda-am.ch](mailto:sekretariat@oda-am.ch)

1. «Reglement Übergangsbestimmungen» für die HFP vom 11.04.2019 [↑](#footnote-ref-1)