Anmeldeformular zur Anerkennung von Modulen und Modulanbietern

**Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin/**

**Medizinischer Praxiskoordinator**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Institution |  |
| Adresse |  |
| Website |  |
| Kontaktperson für die Anerkennung |  |
| Telefonnummer  E-Mail |  |
| Zur Anerkennung eingereichte An-bieteridentifikationen |  |
| Datum und Unterschrift |  |

**Dossier:**

* 1 Exemplar per CD-Rom, Stick oder Mail
* 1 Exemplar in Papierform

**Inhalte der vollständigen Anmeldung**

Anmeldeformular

Modulidentifikation(en)

Anbieteridentifikation(en) und Beschreibung des Moduls gemäss den Vorgaben der OdA

Modulabschluss und Kompetenznachweis (Modulzertifikat)

Ausschreibung des Moduls, das anerkannt werden soll, inklusive Zulassungsbestimmungen und allfälliger weiterer Ausschreibungsunterlagen

Organigramm des Anbieters mit Auflistung der Gesamtverantwortung für das Modul und anderen Zuständigkeiten (z. B. Kursadministration etc.)

Liste der Lehrkräfte mit folgenden Angaben: Namen, Adressen, fachliche Qualifikation sowie pädagogische Qualifikation (Aus- und Weiterbildung)

Leitbild der Organisation

Didaktisches Konzept

Promotionsordnung

Evaluationskonzept

Gültiges Qualitätszertifikat (EduQua oder ähnliches)