Antragsformular Gleichwertigkeit für einzelne Module für die Zulassung zur Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoordinator

**Antrag**

Gemäss Wegleitung für die Beurteilung der Gleichwertigkeit von Bildungsleistungen für die Zulassung zur Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin/Medizinischer Praxiskoor­di­nator stelle ich das nachfolgende Gesuch um Bestätigung der Gleichwertigkeit für erbrach­te Bildungsleistungen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | CCM 1 |  | Hirnleistungsschwäche |
|  | CCM 2 |  | Wundbehandlung |
|  | Qualitätsmanagement |  | Praxismanagement |
|  | Diabetes |  | Personalführung |
|  | Rheuma |  | Rechnungswesen |
|  | Atemwegserkrankung |  | EDV-Kompetenzen |
|  | Koronare Herzkrankheit |  | Medizinprodukte |

**Angaben zur Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| AHV-Nummer |  |
| Heimatort, Staat |  |
| Strasse, Nummer |  |
| PLZ |  |
| Ort |  |
| Tel.-Nr., Mailadresse |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Beruflicher Abschluss |  |
| Aktuelle Tätigkeit als |  |
| Aktueller Arbeitsgeber |  |
| Adresse des Arbeitgebers |  |

**Dem Gesuch beizulegen sind:**

* Beschrieb des persönlichen Bildungswegs und der Berufspraxis
* Pro Modul je ein separates Formular „Nachweis über erbrachte Bildungs­leistungen“ samt den entsprechenden Belegen (siehe Wegleitung)
* Kopie des Empfangsscheins bzw. der Bankbelastung für die Überweisung der Gebühr für dieses Gesuchs. Die Bearbeitungsgebühr beträgt CHF 200.00 pro Modul und ist im Voraus mit dem Vermerk „Gesuch um Gleichwertigkeit“ auf folgendes Konto zu überweisen:

Credit Suisse 3006 Bern, IBAN CH82 0483 5032 2659 6100 0, z.G. OdA Berufsprüfung 3006 Bern

**Eigenständigkeitserklärung**

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich meine(n) Nachweis(e) über erbrachte Bildungsleistungen vollständig und wahrheitsgetreu erstellt und die verwendeten Belege vollständig angegeben habe.

Ich bestätige, dass ich die im jeweiligen Modul vermittelten Kompetenzen selbst erwor­ben habe.

**Beilagen** (nachstehend auflisten):

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

-

Ausgefülltes Formular ausdrucken, unterzeichnen und mit den Beilagen einsenden an die OdA Berufs­bildung MPA, Elfenstr. 19, Postfach 1010, 3000 Bern 6.

Ort, Datum:

Unterschrift: