Anmeldeformular zur Anerkennung von zusätzlichen Modulen.

**Berufsprüfung Medizinische Praxiskoordinatorin/**

**Medizinischer Praxiskoordinator**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Institution |  |
| Adresse |  |
| Website |  |
| Kontaktperson für die Anerkennung |  |
| Telefonnummer  E-Mail |  |
| Neu zur Anerkennung eingereichte(s) Modul(e) |  |
| Bereits akkreditierte Module |  |
| 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 (Prüfungsbeispiel, Modulzertifikat)

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

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