**physioswiss-Label Antrag Zertifizierung**

**Institution**

Kontaktperson

Strasse

PLZ / Ort       /

Land

Telefon / E-Mail       /

**Titel Weiterbildungsmodul**

**Kurzbeschreibung** <max. 4 Zeilen>

**Anzahl Lektionen Kontaktunterricht**       Lektionen

**Verhältnis Theorie / Praxis**   % Theorie /   % Praxis

**Angaben zu Dozenten und kursleitenden Personen**

|  |  |
| --- | --- |
| Name / Vorname |  |
| * Fachliche Qualifikation **1/3** | z. Bsp. Hochschulabschluss, Weiterbildungsabschlüsse, Anerken-nung durch Fachorganisationen, Berufsfahrung in Jahren |
| * Pädagogische Qualifikation **2/3** | z. Bsp. Zeritfikat SVEB 1, Gleichwertigkeitsbeurteilungen, Ausbildung im Bereich Erwachsenenpädagogik |
| Name / Vorname |  |
| * Fachliche Qualifikation **1/3** |  |
| * Pädagogische Qualifikation **2/3** |  |
| Name / Vorname |  |
| * Fachliche Qualifikation **1/3** |  |
| * Pädagogische Qualifikation **2/3** |  |
| Name / Vorname |  |
| * Fachliche Qualifikation **1/3** |  |
| * Pädagogische Qualifikation **2/3** |  |

Zusätzliche Dozenten können auf einem Beiblatt aufgeführt werden.

**1** Es wird erwartet, dass Dozenten mindestens 5 Jahre berufliche Tätigkeit im Bereich des Unterrichtsfaches nachweisen können.

**2** Die pädagogische Qualifikation jedes Dozenten muss mind. dem Niveau SVEB I entsprechen ([www.alice.ch/de/ada/zertifikat](http://www.alice.ch/de/ada/zertifikat)). Informationen zu Gleichwertigkeitsbeurteilungen finden sich unter <http://www.alice.ch/de/ada/gleichwertigkeit>.

**Fachbereich** (Mehrfachnennungen möglich)

Informationen zur Einteilung finden Sie via Links Titel Fachbereiche.

|  |  |
| --- | --- |
| [Allgemeine Physiotherapie (AP)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_AP_D.pdf) | [Allgemeine Physiotherapie mit Schwerpunkt Psychosomatik (PSS)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_AP_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung | Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung | Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder | Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |
| [Innere Organe und Gefässe (IOG)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_IOG_D.pdf) | [Muskuloskelettal (MSK)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_MSK_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung | Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung | Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder | Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |
| [Pädiatrie](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_Paediatrie_D.pdf) | [Neuromotorik und Sensorik (NMS)](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_NMS_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung | Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung | Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder | Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |
| [Geriatrie](http://www.physioswiss.ch/download/online/Anforderungen_Geriatrie_D.pdf) |
| Basis / Aufbau Weiterbildung |
| Verbreiterung / Vertiefung |
| Ergänzungsmodule / erweiterte Kompetenzfelder |

**Bemerkungen**

Mitglied physioswiss Ja 🞏\* Nein 🞏

\*(Die Antrag stellende Person oder ein Dozierender muss Mitglied sein)

Der/die Antragsstellende bestätigt, jegliche Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ort/Datum       Unterschrift

Einsenden an: physioswiss, Centralstrasse 8b, CH-6210 Sursee / info@physioswiss.ch.

**Beilagen**

- Formular ModuQua

- Programm Weiterbildungsmodul

- Detailbeschrieb Modul( e )

- Lebenslauf jedes Dozierenden

- Nachweise der fachlichen und pädagogischen Qualifikation jedes Dozierenden

*Prüfungsresultat………………………….……………………………………………………………………………………*

*Datum/Visum ……….……………………*