

Bitte senden Sie diese Bestätigung zusammen mit Ihrem Antrag zur Verlängerung Ihrer Zertifizierung Kinderschutzmedizin per E-Mail (info@dgkim.de) an unsere Geschäftsstelle.



Bestätigung der Kinderschutz­tätigkeit (für den Antrag auf Verlängerung des Zertifikats Kinderschutzmedizin)

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr _____

eine vollzeitige klinische Tätigkeit für 2 Jahre

eine Teilzeit- klinische Tätigkeit für 4 Jahre

(nicht zutreffendes bitte streichen)

innerhalb der letzten fünf Jahre vor Antragsstellung ausgeübt hat. Die Einrichtung verfügt über spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet des medizinischen Kinderschutzes.

Ort, Datum

Name, Vorname, Unterschrift der Einrichtungsleitung