

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



Deutsche Gesellschaft für
Kinderschutz in der Medizin

Bestätigung der Kinderschutzfähigkeit
(für den Antrag auf Neuerwerb der Zertifikats Kinderschutzmedizin)

Hiermit wird bestätigt, dass

Frau / Herr _____

eine vollzeitige klinische Tätigkeit für 6 Monate

eine halbzeitige klinische Tätigkeit für 12 Monate

(nicht zutreffendes bitte streichen)

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

Ort, Datum

Name, Vorname, Unterschrift der Einrichtungsleitung