

## Antrag für das erweiterte WISL-Zertifikat Schwerpunkt „Organisationsaufstellung“ (ab 2017)

Hinweise:

- Eine Bearbeitung Ihres Antrages ist nur möglich, wenn die Bestätigung bzw. Unterlagen **vollständig (in Kopie)** eingereicht werden.
- Die Voraussetzungen sind in einem Zeitraum von drei Jahren ab dem Grundkurs zu erfüllen
- Zertifikatsinhaber werden auf der Adressliste unserer Internetseite veröffentlicht – die Veröffentlichung ist kostenlos.

Bitte die Teilnahmebestätigung sortiert und mit einem entsprechenden Vermerk einreichen, damit wir sie der jeweiligen Anforderung zuordnen können.

**Hiermit beantrage ich das o.g. Zertifikat und füge die entsprechenden Bestätigungen (Siehe Blatt 2-4) bei:**

Gewünschter Eintrag in das WISL Verzeichnis

Titel:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Homepage:

Berufsbezeichnung:

Approbation/Facharzt:

Kassenzulassung:

Arbeitsschwerpunkte:

**Grundkurs**

5x3 Tage Theorie und Methode

1. Block / Datum

2. Block / Datum

3. Block / Datum

4. Block / Datum

**Fortbildungsreihe Organisationsaufstellung oder Systemaufstellung**

8Tage Vertiefung in Theorie und Methode, 4 Tage Supervision

1. Datum

2. Datum

3. Datum

4. Datum

5. Datum

6. Datum

7. Datum

8. Datum

1. Supervision / Datum

2. Supervision / Datum

3. Supervision / Datum

4. Supervision / Datum

**Theorien- und Methodentage:**

mindestens 6 **Tage** Theorien und Methoden **aus den Themenreihen des WISL**

1.Tag/Datum/Seminartitel

2.Tag/Datum/Seminartitel

3.Tag/Datum/Seminartitel

4.Tag/Datum/Seminartitel

5.Tag/Datum/Seminartitel

6.Tag/Datum/Seminartitel

**Selbsterfahrung:**

mindestens 6 Tage (als TeilnehmerIn **an Aufstellungsseminaren im WISL**)

1. SE/Datum/Referent

2. SE/Datum/Referent

3. SE/Datum/Referent

4. SE/Datum/Referent

5. SE/Datum/Referent

6. SE/Datum/Referent

**Hospitation**

mindestens 6 Tage beobachtende Teilnahme bei Aufstellungsseminaren oder bei (Gast-) Lehrtherapeuten des WISL

1. TB/Datum/Referent
2. TB/Datum/Referent
3. TB/Datum/Referent
4. TB/Datum/Referent
5. TB/Datum/Referent
6. TB/Datum/Referent

**Peerguppen**

mindestens 5 Tage protokollierte Peerguppenarbeit

1. PE/Datum
2. PE/Datum
3. PE/Datum
4. PE/Datum
5. PE/Datum

Datum / Unterschrift: