

Bewerbungsbogen zur Stipendienvergabe der Interdisziplinären Gesellschaft für Palliativmedizin Rheinland-Pfalz e.V. (iGP)

Herr
Prof. Dr. med. Martin Weber (1. Vorsitzender)
Per E-Mail: martin.weber@igpweb.org

Bewerber/in

Name:	Vorname:
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Telefon:	Handy:
E-Mail:	
Mitgliedsnummer Rheinland-Pfalz ¹ :	Landespflegekammer
Bankverbindung (IBAN):	

¹ Pflegefachkräfte

Bisherige Berufsausbildung und aktuelle Berufstätigkeit

Berufsausbildung

Hochschule / Akademie / Schule:	Ausbildung:
Ort:	Zeitraum:

Aktuelle Berufstätigkeit

Ausgeübter Beruf:
Arbeitgeber:

Angestrebte Weiterbildung (DGP-zertifiziert²)

Kursbezeichnung:	
Bei (Institut/Akademie/...):	
Geplanter Weiterbildungszeitraum:	
Kosten:	

² Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, zertifizierte Kurse unter <https://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/fort-und-weiterbildung.html>

Erklärung zur Anerkennung der durch die iGP festgelegten Rahmenbedingungen zur Förderung einer Weiterbildung im Bereich Palliative Care

Ich erkläre hiermit wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gegenüber der iGP

- dass ich beabsichtige, mit Hilfe der zu absolvierenden Fördermaßnahme künftig im Bereich Palliative Care tätig zu werden.
- dass für die geplante Fördermaßnahme keine Qualifizierungsverpflichtung durch meinen derzeitigen Arbeitgeber besteht, und dass eine (auch anteilige) Kostenübernahme durch meinen Arbeitgeber ausgeschlossen ist.
- dass ich keine anderen Fördermittel beantragt habe oder in Anspruch nehmen werde.

Ich erkenne an,

- dass die Vergabe des Stipendiums im Ermessen des Vorstands der iGP liegt, dass kein Rechtsanspruch auf Förderung besteht, und dass ich keinen Anspruch auf Begründung der Vorstandsentscheidung habe.
- dass ich die Verwendung der Fördermittel gegenüber der iGP z.B. durch Kopie von Rechnung und Überweisung nachzuweisen habe.
- dass ich den erfolgreichen Abschluss der Maßnahme gegenüber der iGP durch Vorlage des Zertifikats, Teilnahmebescheinigung o.ä. nachzuweisen habe.
- dass ich im Falle des Abbruchs oder nicht erfolgreichen Abschlusses der Maßnahme den bereits ausgezahlten Förderbetrag vollständig an die iGP zurückzuerstatten habe.
- dass ich das Merkblatt zu diesem Antrag zur Kenntnis genommen habe und der Inhalt des Merkblatts Bestandteil dieser Erklärung ist.
- dass ich den Vorstand der iGP umgehend über Veränderungen meiner Verhältnisse informieren werde, die zu einem Versagen des Stipendiums im Sinne des Merkblatts und dieser Erklärung führen könnten.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift

Ich füge diesem Antrag ein Motivationsschreiben (maximaler Umfang 1 DIN A4-Seite) bei, in welchem ich insbesondere zu folgenden Punkten Stellung beziehe:

- Derzeitige berufliche Tätigkeit, Motivation zur Weiterbildung im Bereich Palliative Care, beabsichtigte zukünftige Tätigkeit.
- Meine besonders unterstützungswürdige soziale, familiäre oder persönliche Situation (ohne schützenswerte, diskrete Informationen darzulegen, jedoch mit einer orientierenden Erklärung).

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Mit meiner Unterschrift unter diesen Antrag gebe ich meine ausdrückliche und freiwillige Einwilligung dazu, dass die iGP meine o.g. personenbezogenen Daten bis auf Widerruf verarbeiten darf.

--	--

Ort, Datum

Unterschrift