

PERSÖNLICHE ANMELDUNG

zur Fortbildung für "Kollegiale Berater/innen" 2016/17

Institut für
Betriebliche Suchtprävention Berlin e.V.
z.H. Herrn Rainer
Postfach 30 41 60

10724 Berlin

Name: _____

Vorname: _____ Alter: _____

Strasse: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: p.: _____ d.: _____

Betrieb: _____

Ich bin Suchtmittelabhängig Abstinenz seit _____

Angehöriger eines Abhängigen Nicht selbst abhängig erkrankt

Ich besuche regelmäßig eine Selbsthilfegruppe Ja Nein

Wenn ja, welche Gruppe / Verband ? _____

Ich nehme z.Zt. schon Aufgaben als betrieblicher Ansprechpartner wahr

Ja Nein **Wenn ja, seit wann ?** _____

Datum

Unterschrift

