

Suchtakademie Berlin-Brandenburg e.V.

Krumme Straße 92

10585 Berlin

PERSÖNLICHE ANMELDUNG

zur Fortbildung für "Kollegiale Suchtberater*Innen" 2019/20

Name: _____

Vorname: _____ Alter: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: privat.: _____ dienstlich.: _____

Betrieb: _____

Ich bin:

suchtmittelabhängig abstinent seit _____

Angehörige(r) eines Abhängigen nicht selbst abhängig erkrankt

Ich besuche regelmäßig eine Selbsthilfegruppe Ja Nein

Wenn ja, welche Gruppe / Verband ? _____

Ich nehme derzeit schon Aufgaben als betrieblicher Ansprechpartner wahr

Ja Nein Wenn ja, seit wann ? _____

Datum

Unterschrift