



Formulier A

Verzoek tot het samenvoegen van het Historisch OpleidingsVolume (HOV) bij het aangaan van een samenwerkingsverband of fusie

Gelieve dit formulier volledig ingevuld en ondertekend door beide samenwerkingspartners, digitaal te retourneren via toewijzen@top-opleidingsplaatsen.nl¹. U kunt ter ondersteuning contact opnemen met de medewerkers van TOP-opleidingsplaatsen. Zij zijn te bereiken tijdens het spreekuur op dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag tussen 9.00 uur en 12.30 uur via 033-4608951 of per email via toewijzen@top-opleidingsplaatsen.nl.

Dit formulier gebruikt u uitsluitend wanneer het Historisch OpleidingsVolume (HOV) bij een samenwerking samengevoegd moet worden.

Verklaring

Naam instelling :

TOPID nummer: (indien bekend):

NZa-nummer:

Adres instelling :

Naam en functie contactpersoon van de instelling:

E-mailadres:

Telefoon:

en

Naam instelling :

TOPID nummer: (indien bekend):

NZa-nummer:

Adres instelling :

Naam en functie contactpersoon van de instelling:

E-mailadres:

Telefoon:

¹ Voor de toewijzing 2021 dient u het formulier voor **30 maart 2020** naar TOP te sturen.

en (evt.)

Naam instelling :

TOPID nummer: (indien bekend):

NZa-nummer:

Adres instelling :

Naam en functie contactpersoon van de instelling:

E-mailadres:

Telefoon:

die een samenwerkingsovereenkomst hebben ten behoeve van de opleiding tot *gezondheidspsycholoog/ klinisch psycholoog/ klinisch neuropsycholoog/ psychotherapeut/ verpleegkundig specialist ggz²* verklaren dat de hieronder te noemen instelling de primaire opleider is, optreedt als werkgever en de registratie verzorgt

.....

en dat deze instelling verantwoordelijk is voor het aanvragen van de opleidingsplaatsen namens het samenwerkingsverband. Verder verklaren zij dat het HOV van de betrokken instellingen (voor zover aanwezig) wordt samengevoegd ten behoeve van de gezamenlijke aanvragen van opleidingsplaatsen in de toekomst. De instellingen hebben hierover afspraken gemaakt in een samenwerkingsovereenkomst.

ONDERTEKENING

Naam instelling:

Naam bestuurder/directeur/wettelijk vertegenwoordiger³:

Datum en plaats:

Handtekening:

ONDERTEKENING

Naam instelling:

Naam bestuurder/directeur/wettelijk vertegenwoordiger³:

Datum en plaats:

Handtekening:

ONDERTEKENING (evt.)

Naam instelling:

Naam bestuurder/directeur/wettelijk vertegenwoordiger³:

Datum en plaats:

Handtekening:

² Doorhalen wat niet van toepassing is

³ Of de door de instelling gemandateerd persoon voor ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst