



Formulier A

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

Gelieve dit formulier volledig ingevuld en ondertekend door alle samenwerkingspartners digitaal te retourneren via info@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 en donderdag tussen 9.00 uur en 12.00 uur via 033-4608951 of per e-mail via info@top-opleidingsplaatsen.nl.

Dit formulier gebruikt u uitsluitend wanneer het Historisch OpleidingsVolume (HOV) samengevoegd moet worden. Uw gegevens worden behandeld conform ons [privacy statement](#).

VERKLARING

Naam POI :

TOPID-nummer: (indien bekend):

NZa-nummer:

Adres POI :

Naam en functie contactpersoon van de POI:

E-mailadres:

Telefoon:

en

Naam POI :

TOPID-nummer: (indien bekend):

NZa-nummer:

Adres POI :

Naam en functie contactpersoon van de POI:

E-mailadres:

Telefoon:

¹ Voor de toewijzing 2023 dient u het formulier voor **1 maart 2022** naar TOP te sturen.

en (evt.)

Naam POI :

TOPID-nummer: (indien bekend):

NZa-nummer:

Adres POI :

Naam en functie contactpersoon van de POI:

E-mailadres:

Telefoon:

die een samenwerkingsovereenkomst hebben ten behoeve van de opleiding tot (doorhalen wat niet van toepassing is):

gezondheidspsycholoog / klinisch psycholoog / klinisch neuropsycholoog / psychotherapeut / verpleegkundig specialist ggz

verklaren dat de hieronder te noemen POI de primaire opleider is, optreedt als werkgever en de registratie verzorgt

Praktijkopleidingsinstelling :

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

ONDERTEKENING

Naam POI:

Naam bestuurder/directeur/wettelijk vertegenwoordiger²:

Datum en plaats:

Handtekening:

ONDERTEKENING

Naam POI:

Naam bestuurder/directeur/wettelijk vertegenwoordiger²:

Datum en plaats:

Handtekening:

ONDERTEKENING (evt.)

Naam POI:

Naam bestuurder/directeur/wettelijk vertegenwoordiger²

Datum en plaats:

Handtekening:

² Of de door de POI gemandateerd persoon voor ondertekening van de samenwerkingsovereenkomst