

|  |
| --- |
| **Φόρμα Δήλωσης Συμμετοχής****2ήμερο Σεμινάριο με θέμα: «Δίκτυο Ενεργοποίησης Νέων με Αναπηρία Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας»** |

**Προσωπικά Στοιχεία**

Επώνυμο: ……………………………………………………….………………………………………………….………

Όνομα: ………………………….……………………………………………………….…………………………….……

Όνομα και επώνυμο πατέρα:………………………………………………..…………….………………………

Όνομα και επώνυμο μητέρας:...………………………………………………………………………..…………

Ημερομηνία Γέννησης (ηη/μμ/εεεε): …..………………………………………………………..……….…

Α.Δ.Τ.: ………………………………………………………………………………………………..……………..……….

**Στοιχεία γονέα/κηδεμόνα (συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση που το άτομο είναι ανήλικο)**

Επώνυμο: ……………………………………………………….………………………………………………….………

Όνομα: ………………………….……………………………………………………….…………………………….……

**Στοιχεία Διαμονής**

Οδός: ………………………….……………..………..………….……. Αριθμός: .....…….. ΤΚ:..………….….

Πόλη: ..……………………………………………………………………………………………………………….………

Περιφερειακή Ενότητα: ……………………………………………………………………………..………………

Περιφέρεια: ……………………………………………………………………………………………………………….

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

Κινητό Τηλ.: …..……………………………………………………………………………………………………………

Σταθερό Τηλ.: ..……………………………………………………..……………………………………………………

Email: ….…………………………………………………………………………..…………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Δικαιούχος Πράξης:** | Ε.Σ.Α.μεΑ. | **Ανάδοχος:** | EUROPRAXIS μΙΚΕ |



Με το παρόν, θα ήθελα να εκδηλώσω το ενδιαφέρον συμμετοχής στο **2ήμερο Σεμινάριο με θέμα: «Δίκτυο Ενεργοποίησης Νέων με Αναπηρία Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας»** στο πλαίσιο της 5ης Δράσης του Υποέργου 1 "Διάχυση της δικαιωματικής προσέγγισης της αναπηρίας", της Πράξης: "Προωθώντας την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις και των οικογενειών τους που διαβιούν στην Περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας" (MIS: 5045292).

Το Σεμινάριο θα υλοποιηθεί την **Παρασκευή 1 Δεκεμβρίου 2023 και ώρες 15.00 με 20.00**  και το **Σάββατο 2 Δεκεμβρίου 2023 και ώρες 10.00 με 15.00 στην Πάτρα («Συνεδριακή Αίθουσα» Ξενοδοχείου “Astir Patras Hotel” Αγίου Ανδρέου 16, 26221).**

*Μετά τη λήξη του Σεμιναρίου, θα δοθούν βεβαιώσεις παρακολούθησης.*

Δηλώνω ότι:

**α) είμαι χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου:** NAI OXI

**β) χρήζω συνοδού\*:** NAI OXI

**γ) επιθυμώ διανυκτέρευση** **\**\****: NAI OXI

**δ) επιθυμώ διερμηνεία στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα:** ΝΑΙ OXI

**ε)** **επιθυμώ έντυπη έκδοση υποστηρικτικού εγχειριδίου σε μορφή braille:** NAI OXI

**στ)** **Ακολουθώ διατροφή\*\**\**:** 1)διαβητική, 2)gluten free, 3)άλλο: ………………………………….

***\**** *Αφορά σε ενήλικα άτομα με κινητική ή οπτική αναπηρία και ανήλικα άτομα από οποιαδήποτε κατηγορία αναπηρίας/ χρόνια πάθηση.*

***\*\*****Σε περίπτωση που απαιτείται μετακίνηση από άλλη Περιφερειακή Ενότητα, καλύπτεται διαμονή, διατροφή και μετακίνηση.*

***\*\*\**** *Η πληροφορία αφορά στο διάλλειμα καφέ.*

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο:…………………………………………………………………………… | Ονοματεπώνυμο Γονέα/Κηδεμόνα:…………………………………………………………………………………………… |
| Υπογραφή:…………………………………. | Ονοματεπώνυμο τέκνου: ………………………………………………………. |
|  | Υπογραφή:…………………………………………… |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Δικαιούχος Πράξης:** | Ε.Σ.Α.μεΑ. | **Ανάδοχος:** | EUROPRAXIS μΙΚΕ |

