**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**
**Στο 3ήμερο διαδικτυακό σεμινάριο (μέσω zoom) που διοργανώνει Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.μεΑ.) για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε θέματα ανισοτήτων, διακρίσεων, προκαταλήψεων και εμποδίων προσβασιμότητας για τα άτομα με αναπηρία στην πρωτοβάθμια υγεία**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο** |  |
| **Email ή/και Τηλέφωνο επικοινωνίας** |  |

|  |
| --- |
| **ΙΔΙΟΤΗΤΑ** |
| * Άτομο χωρίς αναπηρία ή χρόνια πάθηση
 | * Άτομο με αναπηρία ή/και χρόνια πάθηση (ή συγγενής)
 | * Στέλεχος/μέλος φορέα αναπηρίας ή/και της κοινωνίας των πολιτών
 |
| * Άλλο: ………………….………………….………………….
 |

|  |
| --- |
| **ΕΔΡΑ** (κατοικίας[[1]](#footnote-1) ή δραστηριότητας) |
| * Π.Ε. Φλώρινας
 | * Π.Ε. Κιλκίς
 | * Π.Ε. Πέλλας
 |
| * Π.Ε. Σερρών
 | * Π.Ε. Θεσσαλονίκης
 | * Άλλο
 |
| Δήμος: ………………….………………….…………………. |

|  |
| --- |
| **ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ** (τμήμα) |
| * Τμήμα Α’: 8-10.12.2021 (16:30-20:30)
 |  | * Τμήμα Β’: 13-15.12. 2021 (16:30-20:30)
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Με την παρούσα αίτηση **δηλώνω ότι**:1. Επιθυμώ την εγγραφή μου στο παραπάνω εργαστήριο που διοργανώνει η Ε.Σ.Α.μεΑ.
2. Παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τη χρήση και διατήρηση των παραπάνω προσωπικών στοιχείων μου αποκλειστικά για την ενημέρωσή μου σε σχέση με τη διοργάνωση του παραπάνω σεμιναρίου.
* Επιθυμώ μετά τη συμμετοχή μου να μου αποσταλεί Βεβαίωση Παρακολούθησης
 | Ο/Η αιτών/-ούσα |
|  |  |  |
| (Ημερομηνία) |  | (Υπογραφή) |

1. Στην περίπτωση **που συμμετέχετε ως πολίτης** και όχι ως εκπρόσωπος φορέα, συμπληρώστε την περιφερειακή ενότητα και τον δήμο κατοικίας σας, διαφορετικά συμπληρώστε την περιφερειακή ενότητα και τον δήμο ή τους δήμους όπου εδρεύει/δραστηριοποιείται ο φορέας σας. [↑](#footnote-ref-1)