**ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ**

**Στο διήμερο διαδικτυακό σεμινάριο (μέσω zoom)
που διοργανώνει η Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία (Ε.Σ.Α.μεΑ.)**στελέχη και προσωπικό φορέων που συμμετέχουν στην πολιτική προστασία με θέμα
«Πολιτική Προστασία & Άτομα με Αναπηρία/Χρόνιες Παθήσεις»

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

|  |
| --- |
| **ΙΔΙΟΤΗΤΑ** |
| * Εκπρόσωπος φορέα ή ειδικευμένο στέλεχος στον τομέα της πολιτικής προστασίας
 | * Εκπρόσωπος ή στέλεχος ΟΤΑ ή σχετικών νομικών προσώπων/ επιχειρήσεων
 | * Επιστήμων / Ερευνητής στον τομέα της πολιτικής προστασίας
 |
| * Εκπρόσωπος ή στέλεχος εθελοντικής οργάνωσης
 | * Εκπρόσωπος ή στέλεχος οργανισμών κοινής ωφέλειας (Δ.Ε.Η., Ο.Τ.Ε., Ε.ΥΔ.Α.Π., Ε.Μ.Υ. …)
 | * Άλλο (συμπληρώστε αναλόγως το πεδίο *«Πληροφορίες»*)
 |
| Πληροφορίες: ………………….………………….…………………. |

|  |
| --- |
| **ΕΔΡΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ** |
| Δήμος δραστηριότητας: ………………….………………….…………………. |

|  |
| --- |
| **ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ** (τμήμα) |
| * Τμήμα Α’: 20-21.12.2021 (09:00-11:30)
 |  | * Τμήμα Γ’: 22-23.12.2021 (09:00-11:30)
 |
| * Τμήμα Β’: 20-21.12.2021 (12:30-15:00)
 |  | * Τμήμα Δ’: 22-23.12.2021 (12:30-15:00)
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Με την παρούσα αίτηση **δηλώνω ότι**:1. Επιθυμώ την εγγραφή μου στο παραπάνω Σεμινάριο που διοργανώνει η Ε.Σ.Α.μεΑ. στο πλαίσιο του έργου 4PLUS.
2. Παρέχω τη συγκατάθεσή μου για τη χρήση και διατήρηση των παραπάνω προσωπικών μου στοιχείων 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) |

*Παρακαλούμε στείλτε με e-mail συμπληρωμένη την αίτηση στη διεύθυνση:**4plus.interreg.project@gmail.com*

*Για περισσότερες πληροφορίες ή διευκρινήσεις απευθυνθείτε στον κ. Αλέξανδρο Μουρούζη
(**mourouzi@hotmail.com**, Τ: +306977618182)*