**ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ** **ΠΑΚΕΤΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ (Π.Ε.) 3**

**Προσωπικά Στοιχεία**

**Επώνυμο: ………………………………………….……… Όνομα: ………………………….…………………………**

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

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

**Ημερομηνία Γέννησης (ηη/μμ/εεεε) : …..………………………… Α.Δ.Τ.: ………………………………………….**

**Α.Μ.Κ.Α.: …………………………………………………. Α.Φ.Μ.: ……………………………………………………..**

**Στοιχεία Διαμονής**

**Οδός: ………………………….………………. Αριθμός: ...…….. ΤΚ: ..…………. Πόλη: ..…………………………**

**Περιφερειακή Ενότητα: …………………………………… Περιφέρεια: …………………………………………….**

**Στοιχεία Επικοινωνίας**

**Κινητό Τηλ.: ….…………………………………….…… Σταθερό Τηλ.: ..……………………………………………..**

**Email: ….………………………………………**

**Απαραίτητες διευκρινήσεις**

**Παρακαλούμε σημειώστε αν είσαστε γονέας, κηδεμόνας, αδελφός/η, δικαστικός συμπαραστάτης, άλλο μέλος της οικογένειας, καθώς και το ονοματεπώνυμο του ατόμου με αναπηρία.**

**…………………………………………… / Ονοματεπώνυμο:…..………………….…………………………………...**

**Κατά τη διάρκεια της συμμετοχής μου στην εκπαιδευτική διαδικασία, επιθυμώ το μέλος της οικογένειάς μου με αναπηρία να συμμετάσχει στην ομάδα δημιουργικής απασχόλησης (σημειώνεται ότι: η δυνατότητα αυτή παρέχετε σε γονείς, κηδεμόνες, δικαστικούς συμπαραστάτες ατόμων με αναπηρία και κάθε άλλη περίπτωση θα εξεταστεί εξατομικευμένα)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |



**Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης ο/η ίδιος/α χρήζω:**

1. **Συνοδού[[1]](#footnote-1) (ναι/όχι): ……………………………………………………………………………………………………………………….**
2. **Διερμηνέα ΕΝΓ[[2]](#footnote-2) (ναι/όχι): ..……………………………………………………………………………………………………..………………**
3. **Προϊόντων διατροφής λόγω ειδικών διατροφικών αναγκών ή αλλεργιών: (διευκρινήσεις)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………**

**Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης το μέλος της οικογένειάς μου με αναπηρία χρήζει[[3]](#footnote-3):**

1. **Συνοδού1 (ναι/όχι): ……………………………………………………………………………………………………………………….**
2. **Διερμηνέα ΕΝΓ2 (ναι/όχι): ..……………………………………………………………………………………………………..………………**
3. **Προϊόντων διατροφής λόγω ειδικών διατροφικών αναγκών ή αλλεργιών: (διευκρινήσεις)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………**

Με την παρούσα αίτηση εκφράζω την επιθυμία να παρακολουθήσω το εκπαιδευτικό τμήμα του Πακέτου Εργασίας (Π.Ε.) 3 **«Ενδυνάμωση οικογενειών παιδιών, εφήβων ενηλίκων με αναπηρία και εκπαίδευση των μελών για να λειτουργήσουν ως συνήγοροι»** των Υποέργων 1-5 με τίτλο **«Εκπαιδευτικά Προγράμματα Δια Βίου Μάθησης για τα άτομα με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις και τις οικογένειές τους»** (Υποέργο 1 για την κατηγορία Περιφερειών 7-ΛΑΠ, Υποέργο 2 για την κατηγορία Περιφερειών 7-ΜΕΤ, Υποέργο 3 για την κατηγορία Περιφερειών 7-ΠΑΠ, Υποέργο 4 για την κατηγορία Περιφερειών 8-ΜΕΤ, Υποέργο 5 για την κατηγορία Περιφερειών 9-ΠΑΠ), της Πράξης **«Προγράμματα Δια Βίου Εκπαίδευσης για την αναπηρία και υποστηρικτικές δράσεις»,** με ΚΩΔ. ΟΠΣ (MIS) 5133270, συνολικής **διάρκειας 30 ωρών**, που υλοποιεί το Ινστιτούτο της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων Με Αναπηρία & Χρόνιες Παθήσεις με **Α/Α (βλ. Α/Α στον πίνακα της πρόσκλησης σελ.3) …………………………………….……………..…..** ως Εκπαιδευόμενος/η.



Το έργο συγχρηματοδοτείται από την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού, Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση».

|  |  |
| --- | --- |
| **Δηλώνω υπεύθυνα ότι τα ανωτέρω στοιχεία που υπέβαλλα είναι αληθή και ακριβή.** | |
| **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:** | **ΥΠΟΓΡΑΦΗ:** |
| **…….…/………./……….** | **………………………………………** |

Όλα τα στοιχεία της αίτησης των υποψηφίων αποτελούν προσωπικά δεδομένα και ως τέτοια συλλέγονται και επεξεργάζονται αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας πρόσκλησης. To ΙΝ-ΕΣΑμεΑ αναλαμβάνει την υποχρέωση να μην αποκαλύπτει, κοινοποιεί, διαθέτει πληροφορίες, εμπιστευτικού χαρακτήρα ή να επιτρέπει ή να καθιστά δυνατή την πρόσβαση οποιοδήποτε τρίτου άμεσα ή έμμεσα την κοινοποίηση ή δημοσιοποίηση εμπιστευτικών πληροφοριών σε οποιονδήποτε τρίτο. Η υποχρέωση αυτή ισχύει με την επιφύλαξη της εφαρμογής διάταξης νόμου που επιτάσσει την αποκάλυψη των εν λόγω πληροφοριών. Σε κάθε περίπτωση το ΙΝ-ΕΣΑμεΑ υποχρεούται και εφαρμόζει πλήρως τους όρους και τις διατάξεις του Ευρωπαϊκού Κανονισμού για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα (ΕΕ/2016/679) και την Ελληνική Νομοθεσία.



1. Αφορά σε συγκεκριμένες κατηγορίες αναπηρίας ή σε συγκεκριμένες περιστάσεις. Το αίτημα θα εξεταστεί εξατομικευμένα. Ενδέχεται να ζητηθεί αποδεικτικό αναπηρίας ή υπεύθυνη δήλωση σύμφωνα με τα οριζόμενα της πρόσκλησης . [↑](#footnote-ref-1)
2. Αφορά σε άτομα με κώφωση ή βαρηκοΐα. [↑](#footnote-ref-2)
3. Συμπληρώνεται μόνο στην περίπτωση συμμετοχής του μέλους στην ομάδα δημιουργικής απασχόλησης. [↑](#footnote-ref-3)