**Αίτηση συμμετοχής στο ΕΠΙΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

**«Χτίζοντας ένα ασφαλές αύριο: Εκπαίδευση και Καινοτομία για την Προστασία των Παιδιών. Ενδυναμώνοντας τους Επαγγελματίες»**

*Για επαγγελματίες παιδικής προστασίας: μέλη ΟΠΑ, ΥΠΑ, επαγγελματίες αναδοχής, ιδρυματικής φροντίδας, εκπαίδευσης, συνδέσμους για την Ευρωπαϊκή Εγγύηση για το Παιδί*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Α. Ατομικά-εργασιακά στοιχεία* | | | |
| Ονοματεπώνυμο: |  | | |
| Ειδικότητα: |  | | |
| Φορέας όπου εργάζεστε: |  | | |
| Υφίσταται Απόφαση ορισμού σας ως :  *(\*\*\*Συμπληρώστε Χ, στο αντίστοιχο πεδίο ή στα αντίστοιχα πεδία, αν υφίστανται παραπάνω από μία αποφάσεις)* | * **Μέλος της Ομάδας Προστασίας Ανηλίκων (ΟΠΑ)** | |  |
| * **Υπεύθυνου Προστασίας Ανηλίκων (ΥΠΑ)** | |  |
| * **Συνδέσμου για την Ευρωπαϊκή Εγγύηση για το Παιδί** | |  |
| * **Άλλος Φορέας**   **(*απλά σημειώστε Χ αν εργάζεστε σε άλλο Φορέα*)** | |  |
| Χρονικό διάστημα που εργάζεστε στο πεδίο της παιδικής προστασίας *(αποκλειστικά ή παράλληλα με άλλα αντικείμενα):* |  | | |
| *Β. Στοιχεία επικοινωνίας* | | | |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας (υπηρεσιακό): |  | | |
| Υπηρεσιακή δ/νση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email): |  | | |
| *Γ. Παροχή έγκρισης για χρήση των στοιχείων* | | | |
| *Με την υποβολή της παρούσας αίτησης, δηλώνω ότι επιτρέπω στους οργανωτές να αξιοποιήσουν τα ατομικά μου δεδομένα που περιλαμβάνονται στην παρούσα αίτηση, αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες του επιμορφωτικού προγράμματος.*  *Μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος, δηλώνω ότι επιτρέπω να διατηρηθούν αποκλειστικά τα στατιστικά δεδομένα που θα προκύψουν από την στατιστική επεξεργασία της αίτησης.*  *\*\*\*Συμπληρώστε Χ, στο αντίστοιχο σημείο, εφόσον συμφωνείτε ή διαφωνείτε με την παραπάνω δήλωση* | | **Συμφωνώ:** | |
| **Δεν συμφωνώ:** | |
| *Αποστείλετε την αίτησή σας, σε μορφή word, ηλεκτρονικά στην:*  *κα Δήμητρα Παπούλια, Προϊστ. Δ/νσης Κοινωνικής Μέριμνας Περιφέρειας Πελοποννήσου*  *στο email:* [papoulia@arcadia.gr](mailto:papoulia@arcadia.gr)  *Τηλ. 2713610273* | | | |