**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  *Τηλ. 2713610273* |