**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS ASYSTENTA ZDROWIENIA realizowanego w ramach projektu projektu  *„Asystent Zdrowienia (AZ) j jego miejsce we współczesnej opiece psychiatrycznej szansą na zmianę wizerunku osób chorujących psychicznie*” realizowanego przez Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” w partnerstwie ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  | | |
| **Data i miejsce urodzenia** |  | | |
| **Adres do korespondencji** |  | | |
| **Telefon / e-mail** |  | | |
| **Wykształcenie (min. średnie z maturą)**   1. Rok uzyskania świadectwa maturalnego |  | | |
| **Doświadczenie psychozy (TAK/NIE)** |  | | |
| **Czy ma Pan/Pani doświadczenie terapii własnej i jak długie?** |  | | |
| **Czym się obecnie zajmuję?** |  | | |
| **Dlaczego chcę zostać Asystentem Zdrowienia?** |  | | |
| **Płeć (zaznacz krzyżykiem)** | Kobieta | Mężczyzna | Osoba niebinarna |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie Stowarzyszenie „Otwórzcie Drzwi” moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji procesu rekrutacji na kurs Asystenta Zdrowienia (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97 o ochronie danych osobowych, Dz.U. Nr 133 Poz.883)