

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA ZAAWANSOWANY KURS ASYSTENTA ZDROWIENIA realizowanego w ramach projektu *Siła możliwości Asystentów Zdrowienia - kursy zaawansowane dla Asystentów Zdrowienia* współfinansowanego ze środków PFRON**

<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>Data i miejsce urodzenia</b>	
<b>Adres do korespondencji</b>	
<b>Telefon / e-mail</b>	
<b>Wykształcenie (min. średnie z maturą) - Rok uzyskania świadectwa maturalnego</b>	
<b>Doświadczenie psychozy (TAK/NIE)</b>	
<b>Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (TAK/NIE)</b>	
<b>Czy ma Pan/Pani doświadczenie terapii własnej i jak długie?</b>	

Zadanie publiczne pn. „Siła możliwości Asystentów Zdrowienia – kursy zaawansowane dla Asystentów Zdrowienia realizowane przez Stowarzyszenie Otwórzcie

Drzwi” współfinansowane ze środków PFRON



<b>Opisz swoje doświadczenie pracy/ stażu/ wolontariatu w charakterze Asystenta Zdrowienia. Opisz z jakimi problemami mierzysz się w pracy Asystenta Zdrowienia</b>	
<b>Opisz jakie są Twoje oczekiwania względem kursu zaawansowanego Asystenta Zdrowienia</b>	

Zadanie publiczne pn. „Siła możliwości Asystentów Zdrowienia – kursy zaawansowane dla Asystentów Zdrowienia realizowane przez Stowarzyszenie Otwórzcie

Drzwi” współfinansowane ze środków PFRON

