SAM ZVEZA NVO ZA AVTIZEM SLOVENIJE

REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

ASPI

ZAVOD MODRI DECEMBER

PRIJAVNICA

Prijavljam se na usposabljanje za osebne asistente odraslih oseb s spektroavtistično motnjo (SAM).

Priimek in ime			
Naslov			
e-mail ali drugi kontakt			
Starost			
Status			
Zaposlen	Študent	Drugo	
Odnos do oseb s SAM			
Spremljevalec otroka s SAM	Asistent odrasle osebe s SAM	Nisem v stiku z nobeno osebo s SAM	Drugo ----------
Izkušnje z avtizmom			
Nimam izkušenj	Imam malo izkušenj	Imam izkušnje	
Želeni kraj usposabljanja	Ljubljana	Obala	
Prostovoljstvo			
Navedite dosedanje izkušnje na področju prostovoljstva			
Moje sporočilo ali vprašanja:			

Zveza NVO za avtizem Slovenije, Društvo ASPI in Zavod Modri december lahko do preklica hranijo moj e-naslov za namen obveščanja o aktivnostih, ki jih organizirajo. Od prejemanja obvestil se lahko kadarkoli odjavite z odgovorom na prejeto e-pošto.

Kraj_____

Datum _____ Podpis _____