

**„Zrozumieć Autyzm” Program Pomocy Osobom Autystycznym**

**z Terenów Wiejskich oraz Ich Rodzinom**

**koordynator szkolenia tel. 506 669 545**

e-mail: [torun@zrozumiecautyzm.eu](mailto:torun@zrozumiecautyzm.eu)

[www.zrozumiecautyzm.eu](http://www.zrozumiecautyzm.eu)

**Ankieta zgłoszeniowa - szkolenie dla pracowników z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznych**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ** |  |
| **POWIAT** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  |
| **ADRES E-MAILOWY** |  |
| **TELEFON** |  |
| **STRONA WWW** |  |
| **CZY W PORADNI WYDAWANE SĄ DIAGNOZY AUTYZMU?** |  |
| **ILU SPECJALISTÓW W PORADNI DIAGNOZUJE AUTYZM?** |  |
| **ILU SPECJALISTÓW ODBYŁO SZKOLENIE Z TERAPII BEHAWIORALNEJ?** |  |
| **DANE DYREKTORA PORADNI PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNEJ** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **ADRES E-MAILOWY** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |
| **INRORMACJE O OSOBIE ZGŁOSZONEJ NA SZKOLENIE** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **STANOWISKO PRACY** |  |
| **WYKSZTAŁCENIE** |  |
| **ADRES E-MAILOWY** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  |
| **CZY UKOŃCZYŁ/A PAN/I III STOPNIOWY KURS Z ZAKRESU  TERAPII BEHAWIORALNEJ?** | **TAK/NIE** |
| **CZY UCZESTNICZYŁ/A PAN/PANI W SZKOLENIU ZWIĄZANYM**  **Z AUTYZMEM?\* ?** | **TAK/NIE\*** |
| **JEŚLI TAK, TO W JAKIM?** |  |
| **CZY WYRAŻA PAN/PANI ZGODĘ NA OTRZYMYWANIE**  **INFORMACJI O REALIZACJI PROGRAMU „ZROZUMIEĆ AUTYZM” ?\*** | **TAK/NIE\*** |
| **DATA WYPEŁNIENIA ANKIETY** |  |

**\*- ODPWIEDNIO ZAZNACZ**

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji w Programie „Zrozumieć Autyzm”   
(zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).”

Miejscowość, data Podpis

(UWAGA: podpis wymagany będzie po zakwalifikowaniu się na szkolenie)