**FORMULARZ ZGŁOSZENIA NA KURS ASYSTENTA ZDROWIENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Adres do korespondencji** |  |
| **Telefon / e-mail** |  |
| **Wykształcenie (min. średnie z maturą)**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?** |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej oraz 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).