ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

**Στήριξη και Συμβουλευτική πένθους με παιδιά, εφήβους και οικογένειες που θρηνούν**

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

|  |
| --- |
| Ονοματεπώνυμο: |
| Ηλικία: |
| Επαγγελματική ιδιότητα: |
| Διεύθυνση: |
| Κινητό: |
| E-mail: |
| Άδεια άσκησης επαγγέλματος: ΝΑΙ ΟΧΙ |
|  |

**ΣΠΟΥΔΕΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Πανεπιστήμιο ή άλλος φορέας** | **Τίτλος Σπουδών** | **Διάρκεια (από – έως)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (Εκπαίδευση σε ψυχοθεραπεία, εργαστήρια, σεμινάρια κτλ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Φορέας εκπαίδευσης** | **Περιεχόμενο εκπαίδευσης** | **Διάρκεια (από – έως)** | **Διάρκεια (ώρες)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ (Συμπεριλαμβάνεται η πρακτική άσκηση και η εθελοντική εργασία)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Εργασιακό πλαίσιο** | **Υπεύθυνος πρακτικής/εθελοντικής εργασίας** | **Περιγραφή καθηκόντων** | **Διάρκεια** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις:

* **Έχετε παρακολουθήσει στο παρελθόν σεμινάρια, ημερίδες ή συμπόσια που έχει διοργανώσει η Μέριμνα;**

ΝΑΙ ΟΧΙ

**Αν ναι, ποια ήταν αυτά;**

* **Για ποιους λόγους θέλετε να παρακολουθήσετε τη συγκεκριμένη εκπαίδευση;**

* **Τι είναι αυτό που σας βοηθά ή/και σας δυσκολεύει ως επαγγελματία όταν έρχεστε σε επαφή με ανθρώπους που βιώνουν σοβαρή αρρώστια ή απώλεια;**

**Ημερομηνία: Ο/Η Αιτών/ούσα**

\*Παρακαλούμε να συμπληρώσετε όλα τα πεδία και να στείλετε την αίτηση σας ηλεκτρονικά στη διεύθυνση [thessaloniki.support@merimna.org.gr](mailto:thessaloniki.support@merimna.org.gr)