

|  |
| --- |
| **Φόρμα Δήλωσης Συμμετοχής****Σεμινάριο:** **«Εξυπηρέτηση/Συναλλαγή με άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις»**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο**  |  |
| **Ιδιότητα** |  |
| **Φορέας**  |  |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας**  |  |
| **Email**  |  |

Με το παρόν, θα ήθελα να εκδηλώσω το ενδιαφέρον συμμετοχής στο **Σεμινάριο που διοργανώνει η Ε.Σ.Α.μεΑ. με θέμα:** **«Εξυπηρέτηση/Συναλλαγή με άτομα με αναπηρία και χρόνιες παθήσεις»** στο πλαίσιο της 6ης Δράσης του Υποέργου 1 "Διάχυση της δικαιωματικής προσέγγισης της αναπηρίας", της Πράξης "Προωθώντας την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις και των οικογενειών τους που διαβιούν στην Περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας" (MIS: 5045292).

Το Σεμινάριο θα υλοποιηθεί την **Πέμπτη 7 Δεκεμβρίου 2023 και ώρες 10.00 έως 14.00** στην **Συνεδριακή Αίθουσα του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου** (Συντριάδα, Πύργος, Τ.Κ. 27131)**.**

*Μετά τη λήξη του Σεμιναρίου, θα δοθούν βεβαιώσεις παρακολούθησης.*

Δηλώνω ότι:

**α) είμαι χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου:** NAI OXI

**β) επιθυμώ διερμηνεία στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα:** ΝΑΙ OXI

**γ)** **επιθυμώ έντυπη έκδοση υποστηρικτικού εγχειριδίου σε μορφή braille:** NAI OXI

**δ)** **Ακολουθώ διατροφή:** 1) διαβητική, 2) gluten free, 3) άλλο: …………………………………. **\***

***\**** *Η πληροφορία αφορά στο διάλλειμα καφέ*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Δικαιούχος Πράξης:** | Ε.Σ.Α.μεΑ. | **Ανάδοχος:** | EUROPRAXIS μΙΚΕ |

