

Αρ.Πρωτ :.....

Θεσσαλονίκη,.....

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΝΟΔΟΥ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΩΝ

Παρακαλώ όπως, εγκρίνετε τη συμμετοχή μου στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα του ΚΚΠΚΜ 2017 ως Συνοδού ΑμεΑ

Ονοματεπώνυμο:.....

Ημερομηνία γέννησης (Η ηλικία συνοδού να είναι άνω των 18 ετών) :.....

Διεύθυνση κατοικίας- Πόλη:.....

Τηλέφωνο:.....

Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:.....

ΑΦΜ:

ΑΜΚΑ:

ΤΡΑΠΕΖΑ:.....

IBAN: GR

Πρόσθετες Γνώσεις: Ναυαγοσώστη ☐ Ψυχαγωγού ☐ Νοσηλεύτη ☐ Διασώστη ☐

Άλλη (προσδιορίστε ποια)

Φορέας - Ίδρυμα όπου εργάζεσθε:

Προϋπηρεσία:.....

Εθελοντική Εμπειρία

Έτη/Φορέας:.....

.....

.....

Προϋπηρεσία σε κατασκηνώσεις ΑμεΑ (αριθμός, περίοδοι, Φορέας υλοποίησης):.....

.....

.....

.....

Κατασκηνωτική περίοδος που επιθυμείτε να συμμετάσχετε:

.....

Παράρτημα του ΚΚΠΚΜ με το οποίο θα συνεργαστείτε στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα 2017:

.....

Παρακαλούμε όπως προσκομίσετε μαζί με την αίτηση σύντομο βιογραφικό

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΟΔΟΥ

Ο/Η ως άνω αιτών/ -ούσα, δηλώνω υπεύθυνα και εν γνώσει των συνεπειών του Ν.1599/86, ότι τα παραπάνω στοιχεία είναι αληθή, ότι η κατάσταση της υγείας μου επιτρέπει να ασκήσω τις υποχρεώσεις μου ως συνοδός παιδιών - Ατόμων με Αναπηρία και ότι για κάθε κώλυμα που θα παρουσιασθεί, θα ενημερώσω το παράρτημα του οποίου ΑμεΑ συνοδεύω ή τον γονέα του οποίου το τέκνο συνοδεύω, την Συντονίστρια της κατασκήνωσης και το ΚΚΠΚΜ

Ημερομηνία..... 2017

Ο/ Η Αιτ.....