# WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY DO WOTUW 2019 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wypełnia wnioskujący o dofinansowanie** | **IMIĘ I NAZWISKO** [drukowane litery] : | |  | | | | | | | |
| *Oświadczam, że jestem zatrudniona/y w nw. placówce leczenia uzależnienia od alkoholu (PLUA) na podstawie umowy o pracę, umowy-zlecenia, umowy o dzieło, umowy cywilno-prawnej, samozatrudnienia lub jestem właścicielem PLUA. Pracuję w* ***wymiarze co najmniej ½ etatu lub minimum 18 godz. tygodniowo przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych*** *z zakresu terapii uzależnienia od alkoholu.* | | | | | | | | | |
| **A.** Ubiegam się w 2019 r. o **kontynuację** dofinansowania otrzymywanego z PARPA za pośrednictwem WOTUW w 2017 r*. (zakreśl właściwe)* ***TAK NIE***  **wypełnij poniżej dane dotyczące szkolenia** | | | | | | | | | |
| **B.** Rozpoczęłam/em szkolenie w 2018 r. nie otrzymując dofinansowania z PARPA;  ubiegam się o dofinansowanie w 2019 r.; (*zakreśl właściwe)* ***TAK NIE***  **wypełnij poniżej dane dotyczące szkolenia** | | | | | | | | | |
| **C.** Zaczynam lub zaczęłam/łem szkolenie w 2019 r.:  (*zakreśl właściwe)* ***TAK NIE***  **Zaznacz krzyżykiem właściwą szkołę** | | | | | | | | | |
|  | **IPZ** | | **MOSTU** | **CEDR** | **CARE** | | **SWPS** | **VS** | **KRAK-UZ** |
| data rozpocz. szkolenia |  | |  |  |  | |  |  |  |
| oznacz./numer edycji |  | |  |  |  | |  |  |  |
| Ile godz. szkol. w 2019 r. |  | |  |  |  | |  |  |  |
| **Ukończyłem dawny I etap Programu szkolenia:**  *(zakreśl właściwe)* ***TAK NIE***  *termin ukończenia d. I etapu (obowiązywał do 2009 r.) Programu szkolenia: ........................................*  ***Proszę dołączyć do wniosku kopię zaświadczenia o ukończeniu!*** | | | | | | | | | |
| **Data oraz podpis**  **ubiegającej/ego się o dofinansowanie**: | | | | | |  | | | |

*o przyznanie w 2019 roku dofinansowania z funduszy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych do szkoleń w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin (I etap Programu szkolenia)*

Z funduszy PARPA mogą być dofinansowane wyłącznie koszty udziału w zajęciach dydaktycznych szkolenia.

Objaśnienia skrótów nazw ośrodków szkolących: **IPZ** – Instytut Psychologii Zdrowia PTP [Warszawa]; **MOSTU** – Małopolski Ośrodek Szkolenia Terapeutów Uzależnień [Kraków]; **CEDR** – Centrum Edukacji, Doradztwa i Rozwoju sp. z o.o. [Czarny Bór]; **CARE** – Centrum Aktywnego Rozwoju i Edukacji [Brok]; **SWPS** – Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej [Katowice]; **VS** – Fundacja Promocji Zdrowia Psychicznego i Somatycznego Vis Salutis [Łódź/Jedlicze]; **KRAK-UZ** – Krakowskie Stowarzyszenie Terapeutów Uzależnień [Kraków]

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wypełnia kierownik placówki zatrudniającej wnioskodawcę** | Nazwa placówki leczenia uzależnienia od alkoholu (PIECZĄTKA FIRMOWA!) | | | | Tel. do placówki : | | |
| E-mail do placówki : | | |
| **wypełnia wnioskodawca** | Tel. do wnioskodawcy : | |
| Cz. VIII resortowego kodu identyfikacyjnego (zakreśl właściwe): | | 1740 – 1744 – 1743/45/47 – 2712 – 2724 – 2740 – 4740 – 4744 – 4742 – 4752/54 | | E-mail do wnioskodawcy : | |
| Oświadczam, że:   1. większość pacjentów placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, w którym zatrudniony jest wnioskodawca, stanowią pacjenci uzależnieni od alkoholu; 2. wnioskodawca jest zatrudniony w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu w wymiarze **co najmniej ½ etatu lub minimum 18 godzin tygodniowo *przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych***; 3. wyrażam zgodę na udział wnioskodawcy w szkoleniu. | | | | | | |
| Nr księgi rejestrowej w RPWDL: |  | | **Data oraz podpis kierownika placówki :** | | |  |