

WNIOSEK ZGŁOSZENIOWY DO WOTUW 2020 r.

o przyznanie z funduszy Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych **dofinansowania w 2020 roku szkoleń rozpoczętych w 2019 r.** w zakresie podstawowych umiejętności udzielania pomocy psychologicznej oraz nowoczesnych metod diagnozowania i terapii uzależnienia i psychoterapii członków rodzin, w szkołach akredytowanych przez PARPA

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 <u>przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych</u> z zakresu terapii uzależnienia od alkoholu.					
	A. Ubiegam się w 2020 r. o kontynuację dofinansowania otrzymywanego z PARPA za pośrednictwem WOTUW w 2019 r. (zakreśl właściwe) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> wypełnij poniżej dane dotyczące szkolenia					
	B. Rozpoczęłam/em szkolenie w 2019 r. nie otrzymując dofinansowania z PARPA; ubiegam się o dofinansowanie w 2020 r.; (zakreśl właściwe) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> wypełnij poniżej dane dotyczące szkolenia					
	Zaznacz krzyżykiem właściwą szkołę					
		IPZ	CARE	SWPS	VS	KRAK-UZ
	Data rozpoczęcia szkolenia					
	Oznaczenia/numer edycji					
	Ile godzin szkolenia w 2020 r.					
	Data oraz podpis ubiegającej/ego się o dofinansowanie:					

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 :		
	Cz. VIII resortowego kodu identyfikacyjnego (zakreśl właściwe):	1740 – 1744 – 1743/45/47 – 2712 – 2724 – 2740 – 4740 – 4744 – 4742 – 4752/54	wypełnia wnioskodawca	Tel. do wnioskodawcy :	
				E-mail do wnioskodawcy :	
	Oświadczam, że: <ol style="list-style-type: none"> większość pacjentów placówki leczenia uzależnienia od alkoholu, w którym zatrudniony jest wnioskodawca, stanowią pacjenci uzależnieni od alkoholu; wnioskodawca jest zatrudniony w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu w wymiarze co najmniej ½ etatu lub minimum 18 godzin tygodniowo <u>przy prowadzeniu zajęć terapeutycznych</u>; wyrażam zgodę na udział wnioskodawcy w szkoleniu. 				
Nr księgi rejestrowej w RPWDL:		Data oraz podpis kierownika placówki :			