

**ZGŁOSZENIE na szkolenie:**

- „Zaburzenia sensoryczne- osiowy objaw autyzmu- główny obszar oddziaływań terapeutycznych”

Imię i nazwisko uczestnika zadania:.....

Adres zamieszkania: .....

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że **SPEŁNIAM WARUNKI!**

- Jestem członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej/ opiekunem/ kadra/ wolontariuszem i na co dzień opiekuję się lub pracuję z osobami z niepełnosprawnością ( lub zagrożonych niepełnosprawnością) i
- Jestem mieszkańcem Rzeszowa
- Moje dziecko/ podopieczny uczęszcza do placówki edukacyjnej, opiekuńczej lub rehabilitacyjnej, zlokalizowanej na terenie miasta Rzeszowa

**Ponadto oświadczam, że:**

- 1) jestem członkiem rodziny osoby (osób) niepełnosprawnej (-nych) i / lub;
- 2) jestem opiekunem osoby (osób) niepełnosprawnej (-nych) i / lub;
- 3) zaliczam się do kadry i / lub wolontariuszy bezpośrednio zaangażowanych w proces rehabilitacji zawodowej lub społecznej osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień dotyczących procesu:
  - a) integracji osób niepełnosprawnych w najbliższym środowisku i społeczności lokalnej, i / lub,
  - b) zwiększania ich aktywności życiowej i zaradności osobistej oraz niezależności ekonomicznej, i / lub;
  - c) podnoszenia umiejętności pracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym sprawowania nad nimi opieki i udzielania pomocy w procesie ich rehabilitacji.

Jednocześnie nadmieniam, że jestem osobą która ma wpływ na kształtowanie postaw i zachowań sprzyjających budowaniu pozytywnego wizerunku osób z niepełnosprawnościami.

-----  
Podpis i data

**Wydrukowane oświadczenie należy złożyć w biurze Stowarzyszenia SOLIS RADIUS 35-604 Rzeszów, ul. Goździkowa 11B lub zeskanować i przestać na adres: [k.bukala-litwin@solisradius.pl](mailto:k.bukala-litwin@solisradius.pl)**