



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ
ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΩΝ

1. Στοιχεία Προγράμματος	
Τίτλος Προγράμματος:	“ Νευροψυχολογία και Ειδική Αγωγή με ιδιαίτερη έμφαση στις ειδικές αξιολογήσεις, θεραπείες και παρεμβάσεις ”
Τόπος επιλογής παρακολούθησης των διαζώσης μαθημάτων :	Αθήνα <input type="checkbox"/> ή Βόλος <input type="checkbox"/>
Επιθυμώ να παρακολουθήσω όλο το πρόγραμμα εξ αποστάσεως	<input type="checkbox"/>

Όνομα:	
Επώνυμο:	
Πατρώνυμο:	
Δ/νση Κατοικίας (οδός, αριθμός, πόλη, Τ.Κ.):	
Τηλέφωνο Κατοικίας:	
Κινητό Τηλέφωνο:	
E-Mail:	

2. Εκπαίδευση Εκπαιδευτικό επίπεδο από το οποίο ο/ η υποψήφιος /α έχει αποφοιτήσει
--

Έτος Κτήσης				
Απολυτήριο Λυκείου, Ι.Ε.Κ., Ε.Π.Α.Λ	<input type="checkbox"/>			
Τ.Ε.Ι.	<input type="checkbox"/>	Τμήμα :		
Α.Ε.Ι.	<input type="checkbox"/>	Τμήμα:		
Μεταπτυχιακό	<input type="checkbox"/>	Ειδικότητα και Τμήμα:		
Διδακτορικό	<input type="checkbox"/>	Θέμα και Τμήμα:		

3. Γνώσεις Χρήσης Η/Υ			
Επίπεδο (σημειώστε με Χ στον αντίστοιχο χώρο)	Μέτριο	Καλό	Άριστο
Τίτλος Πιστοποιητικού (εάν υπάρχει):			

4. Για ποιους λόγους επιθυμείτε να συμμετάσχετε στο παρόν πρόγραμμα κατάρτισης;

5. Πως πληροφορηθήκατε την ύπαρξη του προγράμματος κατάρτισης	
Τύπο (αναφέρετε):	
Internet:	
άλλο (αναφέρετε):	

6. Κόστος Συμμετοχής
Το κόστος συμμετοχής θα καλυφθεί (σημειώστε με Χ στον αντίστοιχο χώρο)

Ατομικά		Από επιχείρηση	
Στην περίπτωση που το κόστος θα καλυφθεί από επιχείρηση (συμπληρώνετε τα παρακάτω)			
Όνομα /Τίτλος Επιχείρησης			
Α.Φ.Μ. / Δ.Ο.Υ. :			
Δ/νση / Τηλ. Επικοινωνίας:			

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΔΙΔΑΚΤΡΩΝ:

1.Δεν επιστρέφονται χρήματα μετά την καταβολή της α' δόσης.

2.Ο επιμορφούμενος μπορεί να επιλέξει τη διακοπή παρακολούθησης του προγράμματος και αυτοβούλως να διαγραφεί. Σε αυτήν την περίπτωση δεν θα υπάρξει επιστροφή των διδάκτρων που έχει καταβάλει μέχρι τη στιγμή αυτή.

7.Υποβάλλω τα παρακάτω δικαιολογητικά: Σημειώστε

- Την παρούσα αίτηση
- Σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα
- Πιστοποιητικό εκπαιδευτικής κατηγορίας

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, βεβαιώνω την ακρίβεια των ανωτέρω αναφερομένων στοιχείων.

Επίσης δηλώνω ότι συγκατατίθεμαι για τη συλλογή και επεξεργασία των παραπάνω προσωπικών δεδομένων σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/1997 περί «Προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα».

Υπογραφή

Ημερομηνία
