

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΓΟΝΕΩΝ
Στο Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα κατάρτισης και επιμόρφωσης
για το ΣΔτ1

...../...../2018

Ατομικά Στοιχεία

Όνοματεπώνυμο γονέα/ων:

Τηλέφωνα επικοινωνίας:.....

E-mail:Πόλη κατοικίας:.....

Όνομα-Επίθετο παιδιού με Διαβήτη:.....

Ημερομηνία διάγνωσης παιδιού με Διαβήτη:

Σχολική Μονάδα & Τάξη παιδιού με Διαβήτη:

.....

Έχετε Σχολικό Νοσηλευτή:

Έχω λάβει γνώση των προϋποθέσεων συμμετοχής στο Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα κατάρτισης και επιμόρφωσης για το ΣΔτ1 που θα πραγματοποιηθεί από το σύλλογο της «Π.Ε.Α.Ν.Δ.». σε συνεργασία με το ΕΚΠΑ-Τμήμα Νοσηλευτικής και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου σε αυτό. Η συμμετοχή μου περιορίζεται μόνο στο θεωρητικό μέρος του προγράμματος το διάστημα από 24/11 έως 16/12/2018, με διακριτική παρουσία.

Συγκεκριμένα το θεωρητικό τμήμα θα το παρακολουθήσω με: φυσική παρουσία - τηλεδιάσκεψη (κυκλώστε την επιλογή σας-μπορείτε να δηλώσετε και τα δύο, αν το επιθυμείτε ή μόνο τηλεδιάσκεψη ακόμη και αν μένετε στην Αττική και δεν σας εξυπηρετεί η φυσική παρουσία).

Επιπλέον δηλώνω ότι **θα συμμετέχω ή δεν θα συμμετέχω** (δηλώστε μια επιλογή) στο κλινικό διαδραστικό φροντιστήριο ψυχολογικής προσέγγισης που θα υλοποιηθεί στην Αθήνα στις 20/1/2019, εφόσον υπάρχει απαραίτητη συμμετοχής γονέων.

Τέλος κατά τη διάρκεια του προγράμματος θα απαντώ σε ερωτηματολόγια που θα μου ζητηθούν από την επιστημονική ομάδα, τα οποία αποσκοπούν αποκλειστικά στην αξιολόγηση της δράσης καθώς και στη βελτίωση των συνθηκών αντιμετώπισης και ρύθμισης του διαβήτη.

Η παρούσα αίτηση συνοδεύεται από την κατάθεση συμβολικού αντιτίμου ποσού 20€/οικογένεια που κατατέθηκε στιςτράπεζα

Ο/Η Απών/ούσα

Υπογραφή

Λογαριασμοί τραπεζών «ΠΕΑΝΔ»:

Εθνική τράπεζα: 694/48000955 – iban: GR53 0110 6940 0000 6944 8000 955 ή

Alpha: 132002101127620 - iban: GR97 0140 1320 1320 0210 1127 620