**PRIJAVNICA**

**Prijavljam se na usposabljanje za osebne asistente odraslih oseb s spektroavtistično motnjo (SAM).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Priimek in ime:** |  | | |
| **Naslov (stalni in začasni):** |  | | |
| **E-mail:** |  | | |
| **Telefonska številka:** |  | | |
| **Starost:** |  | | |
| **Kraj/-i, kjer lahko nudite asistenco:** |  | | |
| **Status (obkroži):** | | | |
| Zaposlen ⃝ | Študent ⃝ | | Drugo (vpiši): ⃝ |
| **Izkušnje z avtizmom (obkroži):** | | | |
| Nimam izkušenj | Imam malo izkušenj | | Imam izkušnje |
| **Če imate izkušnje z osebami s SAM, kakšne so? (obkroži):** | | | |
| Spremljevalec otroka s SAM | | Asistent odrasle osebe s SAM | Drugo (vpiši): ⃝ |
| Dosedanje izkušnje na področju prostovoljstva: | | | |
| Zakaj želim postati osebni asistent osebi z avtizmom: | | | |
| Moje sporočilo ali morebitna vprašanja: | | | |

\*Izpolniti je potrebno vsa polja.

**Obvezna priloga**: Potrdilo o nekaznovanosti (staro največ 1 mesec)

Kraj, datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Društvo ASPI lahko do preklica hrani moje osebne podatke in moj e-naslov uporablja za namen obveščanja o aktivnostih, ki jih organizira. Od prejemanja obvestil se lahko kadarkoli odjavite z odgovorom na prejeto e-pošto.*

Kraj, datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_