

## **ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA**

**Pořadatel: Institut rovných příležitostí, z.ú. ve spolupráci s NRZP ČR a APZP**

**Vybraný název kurzu – podtrhněte (pro každý kurz samostatně):**

- 1) Dluhové poradenství pro sociální služby - finanční gramotnost (16 hod.)
- 2) Individuální plánování v sociálních službách (16 hod.)
- 3) Komunikační dovednosti při kontaktu s osobami se sluchovým postižením (6 hod.)
- 4) Komunikační dovednosti při kontaktu s osobami se zrakovým postižením (6 hod.)
- 5) Komunikační nástroje v sociální práci jako klíč k vytvoření profesionálních vztahu mezi uživatelem a poskytovatelem soc. služby (16 hod.)
- 6) Sociálně právní minimum pro pracovníky v sociálních službách (20 hod.)
- 7) Specifika odborného poradenství pro osoby se zdravotním postižením (16 hod.)
- 8) Základy psychologických disciplín v sociálních službách - psychopatologie osobnosti, komunikace s klienty s psychiatrickou diagnózou (20 hod.)
- 9) Zdravotnické právo pro pracovníky v sociálních službách

**Vybraný termín, na který se přihlašuji:**

**Příjmení, jméno, titul účastníka:**

**Datum narození (pro vydání osvědčení):**

**Telefon/mobil:**

**E-mail:**

**Způsob platby:**

a) **Ze soukromého účtu**

b) **Z účtu zaměstnavatele.** V případě, že kurz platí zaměstnavatel, prohlašuje účastník svým přihlášením, že s účastí na kurzu a jeho platbou souhlasí osoba k tomu v organizaci určená.

Na základě výše uvedených údajů Vám bude vystavena faktura, kterou zašleme na uvedenou adresu plátce. Současně zašleme podrobné organizační pokyny pro účastníky.

**Údaje pro vystavení faktury:**

Název plátce:

Adresa plátce:

IČ:

Případný text na fakturu:

**Sleva účastnického poplatku:**

Při platbě účastnického poplatku uplatňujeme slevu: ANO - NE

Z důvodu (podtrhněte):

- a) členství v NRZP ČR
- b) členství v APZP

**Specifické požadavky účastníka:**

**Náměty a doporučení pro organizátory kurzu:**

Souhlasím s tím, aby údaje o mé osobě uvedené v této přihlášce byly využity pro potřeby pořadatele kurzu ve smyslu zákona č. 177/2001 Sb. tj. pro účely přípravy realizace vzdělávacích kurzů.

Vyplněním přihlášky považuji svoji účast na zvolené vzdělávací akci za závaznou.

Datum:

Za správnost vyplnění (jméno a podpis):

Vyplněnou přihlášku zašlete co nejdříve na adresu Asociace poraden pro osoby se zdravotním postižením ČR, Karlínské náměstí č. 12, 186 00 Praha 8 nebo e-mailem na adresu: [kancelar@apzp.cz](mailto:kancelar@apzp.cz) (vyřizuje partnerská organizace).