



ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ

ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΔΙΕΡΜΗΝΕΑ / ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΦΥΓΙΚΗ ΣΥΝΘΗΚΣ

15 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2018, 10:00 πμ - 15:00 μμ

ΧΙΟΣ

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

.....

.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

.....

.....

(Προσδιορίστε αν είστε επαγγελματίας υγείας, ψυχικής υγείας και ποια η ειδικότητά σας ή αν είστε διερμηνέας / μεταφραστής)

ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

.....

.....

1) Εργάζεστε ήδη σε δομή που παρέχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε

πρόσφυγες ;

ΝΑΙ ΟΧΙ



2) Τι είναι αυτό που σας έκανε να έρθετε στο σεμινάριο; Επιλέξτε μία απάντηση , την πρώτη κατά προτεραιότητα για σας ακόμη κι αν ισχύουν περισσότερες της μιας.

- Εργάζομαι ήδη σε περιβάλλον παροχής υπηρεσιών Υγείας & Ψυχικής Υγείας για πρόσφυγες και μετανάστες και θέλω να εξοικειωθώ με τις βασικές αρχές που διέπουν τη συνεργασία του επαγγελματία ψυχικής υγείας με διερμηνείς και μεταφραστές
- Πρόκειται να εργαστώ άμεσα σε περιβάλλον παροχής υπηρεσιών Υγείας & Ψυχικής Υγείας για πρόσφυγες και μετανάστες και θέλω να εξοικειωθώ με τις βασικές αρχές που διέπουν τη συνεργασία του επαγγελματία ψυχικής υγείας με διερμηνείς και μεταφραστές
- Είμαι διερμηνέας / μεταφραστής
- ΆλλοΠαρακαλώ συμπληρώστε

3) Ποιές είναι οι προσδοκίες σας από το σεμινάριο: Επιλέξτε μία απάντηση , την πρώτη κατά προτεραιότητα για σας, ακόμη κι αν ισχύουν περισσότερες της μιας.

- Να εξοικειωθώ με τις βασικές αρχές που διέπουν τη συνεργασία του επαγγελματία ψυχικής υγείας με διερμηνείς και μεταφραστές
- Να εμβαθύνω στον τρόπο που δομείται και αναπτύσσεται η σχέση μεταξύ επαγγελματία ψυχικής υγείας και διερμηνέα / μεταφραστή
- Άλλο..... Παρακαλώ συμπληρώστε

4) Από που προήλθε η αρχική σας ενημέρωση για το Σεμινάριο;

1. Από το εργασιακό μου περιβάλλον
2. Προσωπική γνωριμία/mail.
3. Site ΚΠΕ.
4. Μέσα κοινωνικής δικτύωσης / social media.
5. Άλλο. Παρακαλώ προσδιορίστε

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

- Συμφωνώ με τη συλλογή και τήρηση των παραπάνω στοιχείων από το Κέντρο Παιδιού & Εφήβου για λογαριασμό του Τμήματος Επιστημονικής Τεκμηρίωσης και Εκπαίδευσης και δίνω τη συγκατάθεση μου για τη χρήση τους για ενημερωτικούς, εκπαιδευτικούς, ερευνητικούς και επαγγελματικούς σκοπούς.**



ΤΜΗΜΑ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ
ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ &
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:

.....

.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

.....

FAX:

E- MAIL:

7) ΚΟΣΤΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ: ΔΩΡΕΑΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:

Η παρούσα δήλωση συμμετοχής αποστέλλεται συμπληρωμένη, με e-mail, στη διεύθυνση tete@kpechios.gr ή με fax στο 2105789191