

|  |
| --- |
| **Φόρμα Δήλωσης Συμμετοχής****«Εκστρατεία ενημέρωσης ατόμων με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις και των οικογενειών τους για τα δικαιώματά τους»** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ονοματεπώνυμο**  |  |
| **Ιδιότητα** |  |
| **Φορέας**  |  |
| **Τηλέφωνο Επικοινωνίας**  |  |
| **Email**  |  |

Με το παρόν, θα ήθελα να εκδηλώσω το ενδιαφέρον συμμετοχής στην **Ενημερωτική Συνάντηση που διοργανώνει η Ε.Σ.Α.μεΑ.** στο πλαίσιο της 1ης Δράσης: «**Εκστρατεία ενημέρωσης ατόμων με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις και των οικογένειών τους για τα δικαιώματά τους**» του Υποέργου 1 "Διάχυση της δικαιωματικής προσέγγισης της αναπηρίας", της Πράξης "Προωθώντας την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία, χρόνιες παθήσεις και των οικογενειών τους που διαβιούν στην Περιφέρεια της Δυτικής Ελλάδας" (MIS: 5045292).

Η Ενημερωτική Συνάντηση θα υλοποιηθεί την **Πέμπτη 20 Ιουλίου 2023 και ώρες 17.00 έως 21.00** στη **«Συνεδριακή Αίθουσα» του Ξενοδοχείου “Ιmperial”** (1ο Χλμ Ε.Ο. Αγρινίου Αμφιλοχίας, Αγρίνιο, 30100).

**Μετά τη λήξη του Ενημερωτικής Συνάντησης, θα δοθούν βεβαιώσεις παρακολούθησης.**

Δηλώνω ότι:

**α) είμαι χρήστης αναπηρικού αμαξιδίου:** NAI OXI

**β) επιθυμώ διερμηνεία στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα:** ΝΑΙ OXI

**γ)** **επιθυμώ έντυπη έκδοση υποστηρικτικού εγχειριδίου σε μορφή braille:** NAI OXI

**δ)** **Ακολουθώ διατροφή:** 1) διαβητική, 2) gluten free, 3) άλλο: …………………………………. **\***

***\**** *Η πληροφορία αφορά στο διάλλειμα καφέ*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Δικαιούχος Πράξης:** | Ε.Σ.Α.μεΑ. | **Ανάδοχος***:* | EUROPRAXIS μΙΚΕ |

