



HAKEMUS KOKEMUSTOIMIJAN PERUSKOULUTUKSEEN

Hakijan yhteystiedot

Nimi:

Puhelin:

Sähköpostiosoite:

Katuosoite:

Postinumero ja postitoimipaikka:

Ammatti, myös entinen, jos olet eläkkeellä:

Taustajärjestö / paikallisyhdistys:

Käytännön järjestelyissä huomioon otettavaa (esim. liikkumis- tai aistirajoitteet, apuvälineet, erityisruokavaliot jne.)

Kokemus

Mikä pitkäaikaissairaus/vamma/haastava elämäntilanne sinulla tai läheisellä on?

Milloin sairaus/vamma/haastava elämäntilanne todettiin?

Miten olet kokenut sairautesi/vammaisuutesi/ haastavan elämäntilanteesi tai niissä läheisenä olemisen?

Miten sairaus/vammaisuus/haastava elämäntilanne tai niissä läheisenä oleminen vaikuttaa elämääsi ja arkeesi tällä hetkellä?

Käytätkö/käyttääkö läheisesi apuvälineitä, mitä?

Minkälaisia kokemuksia sinulla on sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista?

Kiinnostus kokemustoimintaa kohtaan

Onko sinulla kokemusta esiintymisestä, esityksen pitämisestä tai erilaisissa ryhmissä työskentelystä? Minkälaista?

Mikä sinua kiinnostaa kokemustoiminnassa?

Miksi sinä olisit sopiva kokemustoimijaksi?

Mitä muuta haluaisit kertoa itsestäsi?

Toimita hakemuksesi sähköpostilla järjestösi kokemustoiminnan yhteyshenkilölle.

Täyttämällä hakemuksen annan suostumukseni henkilötietojeni käsittelyyn kokemustoimintaverkoston ja jäsenjärjestöjen toteuttamassa kokemustoimijakoulutuksessa.

Kokemustoimintaverkosto toimii tietosuojalainsäädännön mukaisena rekisterinpitäjänä käsitellessään kurssilaisten henkilötietoja. Henkilötietojesi käsittely perustuu täytetyn hakulomakkeen kautta saatuun suostumukseen.

Tarkemmat tiedot tietosuojakäytännöstä löytyvät www.kokemustoimintaverkosto.fi -sivulta alalaidasta rekisteriseloste-kohdasta.