

## Formularz zgłoszeniowy – Centrum Wsparcia i Rozwoju

Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Adres e-mail:

.....

Numer telefonu:

.....

Status w UPP (wstaw „X”):

- studentka/student (Wydział: .....
- doktorantka/doktorant
- pracownik UPP
- emeryt/rencista UPP
- inny: .....

Proszę opisać z jakiego powodu chciałaby Pani/ chciałby Pan uzyskać pomoc, poradę, wsparcie

.....

.....

.....

Proszę podać dokładny adres pobytu podczas odbywania spotkań ze specjalistą:

Proszę podać imię i nazwisko oraz nr telefonu do osoby, która zwyczaj przebywa pod wskazanym wyżej adresem:

Obecnie jestem objęta/objęty specjalistycznym leczeniem prowadzonym przez następującego lekarza/y:

- neurolog
- psychiatra
- kardiolog
- psychoterapeuta
- neuropsycholog
- inny, jaki.....

Obecnie przyjmuję leki:

- tak
- nie

Jestem osobą, która posiada orzeczenie o niepełnosprawności:

- tak (jeżeli tak, to jaki stopień – lekki, umiarkowany, znaczny .....)
- nie
- nie posiadam, lecz choruję przewlekle

Kogo powiadomić w nagłej sytuacji (imię i nazwisko, adres, numer telefonu):

.....  
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CWR w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałam się z treścią Regulaminu CWR i zobowiązuję się do jego przestrzegania. Przyjmuję do wiadomości, że w sytuacji wymagającej niezbędnej interwencji specjalista kontaktuje się z pogotowiem ratunkowym, policją lub strażą pożarną/gazową (lub innymi niezbędnymi służbami ratunkowymi) w powiązaniu z informacjami teleadresowymi podanymi wcześniej. Brak zgody oznacza brak możliwości prowadzenia specjalistycznego wsparcia. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis osoby

Odmawiam podania powyższych informacji i przyjmuję do wiadomości, że na skutek tego nie mogę zostać objęta/objęty wsparciem Centrum Wsparcia i Rozwoju UPP. Zobowiązuję się do skorzystania z natychmiastowej pomocy w formie:

Forma skorzystania z pomocy	Tak/Nie
<p>Telefon zaufania – dla osób które znalazły się w trudnej sytuacji i potrzebują natychmiastowego interwencyjnego wsparcia tel. (22) 621 35 37</p> <p>Telefon Interwencyjny tel. 600 070 717 Dyżury w godzinach 10:00-16:00                      – psychologiczny: od pon. do pt. (bez czwartków)                      – prawny: czwartki</p> <p>ITAKA – Antydepresyjny telefon zaufania 22 484 88 01 (czynny w poniedziałki i czwartki od 17.00 do 20.00)</p> <p>Bezpłatny kryzysowy telefon zaufania dla dorosłych 116 123 (czynny codziennie od godz. 14.00 do 22.00).</p> <p>Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży 116 111 (czynny całą dobę).</p> <p>Ośrodek Interwencji Kryzysowej – pomoc psychiatryczno-pedagogiczna tel. 22 855 44 32</p> <p>Ośrodek Interwencji Kryzysowej tel. 22 837 55 59 (poniedziałek – piątek od 8:00 do 20:00)</p>	
<p>W przypadku silnych myśli samobójczych, z którymi nie sposób samemu sobie poradzić – natychmiastowe zgłoszenie do izby przyjęć najbliższego szpitala.</p>	
<p>W sytuacji zagrożenia życia, gdy nic nie pomogło, powiadomienie na numer alarmowy 112</p>	

Data i podpis

Przyjmuję zgłoszenie	
Nie przyjmuję zgłoszenia	

Data i podpis specjalisty