

Formularz zgłoszeniowy – Centrum Wsparcia i Rozwoju

Imię i nazwisko:

Adres zameldowania:

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Status w UPP (wstaw „X”):

- osoba studiująca (Wydział: _____)
osoba uczestnicząca w studiach doktoranckich
osoba pracująca w UPP
osoba pobierająca świadczenia (renta/emerytura)
inny:

Proszę podać (jeśli jest inny, niż wcześniej podany) dokładny adres pobytu podczas odbywania spotkań ze specjalistą (np. adres w akademiku):

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

Obecnie jestem objęt_ specjalistycznym leczeniem prowadzonym przez następującego lekarza/y:

- neurolog
psychiatra
kardiolog
psychoterapeuta
neuropsycholog
inny, jaki
nie jestem



CENTRUM WSPARCIA I ROZWOJU
UNIwersytetu PRZYRODNICZEGO
W POZNANIU

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 przewlekłe

Proszę opisać z jakiego powodu jest potrzeba uzyskania pomocy, porady, wsparcia

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

Jestem zainteresowan_ otrzymaniem na maila informacji o prowadzonych w CWR warsztatach i szkoleniach:

tak (zaznacz na jaki temat)

relacje

stawianie granic

radzenie sobie ze stresem

emocje

inne:

nie

Jestem zainteresowan_ otrzymaniem na maila informacji o prowadzonych w CWR grupach wsparcia i samopomocy:

tak

nie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez CWR w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia. Oświadczam, że zapoznał_ 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