**Žádost o zařazení do seznamu spolupracujících odborníků v metodě CL/CP při ESI, o.p.s.**

Jméno příjmení titul: *………………………………………………………………………………………………….*

Profese*: ……………………………………………………………………………………………………………………..*

Adresa poskytování služeb: *……………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………….*

*………………………………………………………………………………………..*

*…………………………………………………………………………………………..*

Korespondenční adresa, je-li odlišná : *…………………………………………………………………………*

e-mail: *……………………………………………………………………………………………………………………….*

telefon: ……....................

webové stránky: …………………………………………………………………………………………………………

skype: ………………………………………………………………………………………………………………………..

jazyk poskytovaných služeb*: ……………………………………………………………………………………..*

Souhlasím se zpracováním mnou poskytnutých osobních údajů ESI, o.p.s. dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů za účelem uvedení v seznamu spolupracujících odborníků v metodě CL/CP. Zároveň přikládám prohlášení o odborné způsobilosti.

V……………………………………………. dne ……………………………….

………………………….., v.r.

**Prohlášení o odborné způsobilosti**

Předpokladem řádného poskytování služeb metodou CL/CP je absolvování základního  školení v této metodě a následné upevňování získaných návyků v praxi. Uveďte, prosím, Vámi absolvovaná školení v metodě CL/CP, mediaci, komunikačních dovednostech, psychologii a dalších oblastech, o kterých máte za to, že pomohli zvýšit Vaši odbornost pro poskytování těchto služeb:

 Datum:  místo konání:    lektor   název    obsah počet hodin

Prohlašuji, že jsem absolvoval/a shora uvedené semináře a školení v celkovém počtu ……….. hodin

V…………………………………… dne………………………

Jméno

podpis, v.r.