**FORMULAR DE ÎNSCRIERE SPECIALIZAREA**

**”CONSILIER ÎN DOMENIUL ADICȚIILOR”**

**AUTORIZAT ANC, COD COR 263502**

**DATE PERSONALE CURSANT:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nume:** | |
| **Prenume:** | |
| **Data nașterii:** | **CNP:** |
| **Localitatea nașterii:** | **Județul:** |
| **Telefon:** | **E-mail:** |

**STUDII:**

|  |
| --- |
| **Instituția de învățământ superior absolvită:** |
| **Profesia:** |

**COORDONATE INSTITUȚIONALE:**

|  |
| --- |
| **Ocupația:** |
| **Denumirea instituției:** |
| **Adresa instituției:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Menționați categoria de beneficiari cu care lucrați (ex.: copii cu vârste cuprinse între x și y ani etc)** |  |
| **Menționați experiența în domeniul socio-medical (ex.: luni, ani)** |  |
| **Detaliați experiența dvs. în domeniul socio-medical** |  |
| **Care este cea mai mare provocare pe care ați întâlnit-o în munca dvs.?** |  |
| **În ce mod considerați că participarea la acest curs de specializare va contribui la dezvoltarea dvs. profesională (maxim 2 fraze)?** |  |