



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMA DE APOYO PSICOSOCIAL Y PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN IGUALDAD PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DOLOR PERSISTENTE

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos: _____

DNI/NIE: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: _____ Correo electrónico: _____

Teléfono (Movil): _____ Grupo WhatsApp: _____

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA

Disponibilidad horaria: ☐ Mañana (10:00 – 12:30) ☐ Tarde (17:30 – 20:00)

Relación con la enfermedad crónica (marque una opción):

☐ Persona afectada por una enfermedad crónica. ☐ Familiar. ☐ Persona cuidadora.

☐ Otra (especificar): _____

Si lo desea, indique la enfermedad crónica o situación que motiva su interés:

PERFIL Y SITUACIÓN ACTUAL (Situación laboral):

☐ Trabajando. ☐ En desempleo. ☐ Jubilado/a. ☐ Otra: _____

☐ En situación de incapacidad temporal. ☐ En situación de incapacidad permanente.

¿Tiene reconocido algún grado de discapacidad y/o dependencia?

☐ No. ☐ Sí. Grado discapacidad: _____ % ☐ En trámite.

☐ Sí. Grado dependencia: _____ Teléfono persona responsable _____

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

¿Principal dificultad relacionada con la enfermedad? (Puede marcar varias opciones)

☐ Bienestar emocional ☐ Dolor persistente ☐ Aislamiento social ☐ Relaciones familiares

☐ Situación laboral ☐ Trámites relacionados con discapacidad o incapacidad ☐ Acceso a

recursos sociales ☐ Falta de información ☐ Otra: _____

¿Qué espera obtener de este programa?

SESIONES DE INTERÉS ¿En qué sesiones le gustaría participar?

☐ Sesiones grupales de apoyo psicosocial. ☐ Espacios de reflexión y apoyo familiar.

☐ Sesiones informativas sobre discapacidad. ☐ Sesiones informativas sobre incapacidad.

☐ Sesiones informativas sobre derechos sociales y prestaciones.

☐ Sesiones de sensibilización comunitaria.

☐ Todas las anteriores.



NECESIDADES DE APOYO/ADAPTACION

¿Necesita alguna para participar en las sesiones?

☐ No. ☐ Sí. Indique cuál: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Cómo ha conocido este programa?

☐ Hospitales o Centros de Salud ☐ Centros Cívicos o de Servicios Sociales Comunitarios
☐ Redes sociales ☐ ACOLU ☐ Otra asociación ☐ Familiar o amistad ☐ Otro: _____

OBSERVACIONES

AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMAGEN

Autorizo a ACOLU a captar y utilizar mi imagen (fotografías y/o grabaciones) durante el desarrollo de las sesiones del proyecto, con la finalidad de difundir las sesiones y justificar el proyecto subvencionado a través de memorias, informes, publicaciones, página web, redes sociales y otros medios de comunicación, respetando en todo momento la normativa vigente en materia de protección de datos y el derecho a la propia imagen. ☐ SÍ ☐ NO

AUTORIZACIÓN GRUPO DE WHATSAPP

Autorizo a que puedan agregar el teléfono móvil proporcionado en la inscripción al grupo de WhatsApp formado por los participantes del proyecto y gestionado por ACOLU para informar sobre la organización, coordinación y gestión de las sesiones. ☐ SI ☐ NO

PROTECCIÓN DE DATOS

Los datos personales facilitados serán tratados por ACOLU, como responsable del tratamiento, con la finalidad de gestionar la participación en las sesiones del proyecto y cumplir con las obligaciones legales derivadas de su ejecución y, en su caso, de la justificación de la subvención, de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD). Las personas interesadas podrán ejercer sus derechos dirigiéndose a acolu@hotmail.com. También pueden consultar información adicional en nuestra web, en el siguiente enlace: <https://acolu.es/politica-de-privacidad/>

☐ Declaro haber leído la información sobre protección de datos.

Lugar y fecha: _____

Firma de la persona participante: _____