**УГЛУБЛЕНИЕ ЗНАНИЙ О ЛЕЧЕНИИ ВИЧ И СОПУТСТВУЮЩИХ ИНФЕКЦИЙ**

**(ГЕПАТИТ С и ТУБЕРКУЛЕЗ)**

**ФОРМА-ЗАЯВКА**

*Руководство*: Данная форма предназначена для заявителей на участие в одном из тренингов проекта «**A**wareness, Improvement, **M**obilization (***AIM***): Углубление знаний о лечении ВИЧ и сопутствующих инфекций (гепатит С и туберкулез)». Пожалуйста, заполните данную форму, отвечая на каждый вопрос максимально детально. Если вы затрудняетесь ответить на какой-либо вопрос, напишите в соответствующей ячейке "нет ответа". Частично заполненные формы рассматриваться не будут. Более детальная информация о проекте ***AIM***, а также инструкции по заполнению данной формы содержатся в документе [«Инструкции для заявителей»](http://media.wix.com/ugd/ff1f1e_ad75ffbc612f4fd3a90db54a9ece6729.pdf).

**ЧАСТЬ A – ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Обращение:**

 | 2. **Имя и фамилия на русском**:  |
| 3. **Имя и фамилия на латинице**:  |
| 4. **Дата рождения** *(дд/мм/гг)*:      //      | 5. **Страна постоянного проживания**: |
| 6. **E-mail**:        | 7. **Тел.**: |
| 8. **Имя и телефон контактного лица в непредвиденных обстоятельствах**:  |       |
| 9. **Как вы узнали о серии тренингов проекта** «**A**wareness, Improvement, **M**obilization (***AIM***): Углубление знаний о лечении ВИЧ и сопутствующих инфекций (гепатит С и туберкулез)»**?** [ ]  веб-страница EATG [ ]  новостная рассылка EATG [ ]  иная веб-страница (укажите):       [ ]  иная новостная рассылка (укажите):        |

**ЧАСТЬ B – ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

|  |
| --- |
| 10. **Название организации/места работы**:       |
| 11. **Тип организации** *(отметьте только один вариант)*: [ ]  государственная [ ] неправительственная/неприбыльная [ ] исследовательский институт/ВУЗ [ ]  международная [ ] неформальная [ ] иной (укажите):       |
| 12. **Должность**:  |       | 13. **Дата начала работы** *(мм/гг)* | /      |
|  14. **Основные обязанности** *(максимум три строки)*:       |
|  15. **Общий стаж работы/волонтерства в сфере ВИЧ/СПИДа**: мес. |

**ЧАСТЬ C – КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| 16. **Участие в тренингах по ВИЧ/СПИДу/ВГС/ТБ:** *(отметьте все подходящие варианты):* | [ ]  Да, в тренинге/ах EATG в       году/годах;[ ]  Да, в тренинге/ах в       году/годах;[ ]  Нет |
| 17. **Укажите три причины, почему вы хотели бы принять участие в тренинге проекта** ***AIM****(кроме углубления знаний и обмена опытом; лимит – 200 слов):* |  |
| 18. **Напишите три вопроса, которые вы хотели бы задать по теме доступа к препаратам для лечения ВИЧ/ВГС/ТБ в вашей стране:** | **А) Представителю одной из фармкомпаний, производящей АРВ- препараты:****Б) Представителю Центра СПИД или другою учреждения, представляющего лечение:****В) Представителю одной из международной организаций, которая занимается вопросами доступа к лечению ВИЧ/ВГС/ТБ:** |

**ЧАСТЬ D – ИНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| 19. **Есть ли какие-либо ограничения, которые могли бы препятствовать вашему участию в одном из тренингов проекта «Awareness, Improvement, Mobilization (*AIM*): Углубление знаний о лечении ВИЧ и сопутствующих инфекций (гепатит С и туберкулез)»** | [ ]  Нет[ ]  Да (укажите):       |

**ЧАСТЬ E – УДОСТОВЕРЕНИЕ**

20. **Я подтверждаю, что вся приведенная выше информация является правильной и точной, насколько мне известно. Я подтверждаю, что все указанные данные и все сделанные мной заявления в этой форме истинны, правдивы и полны в меру моих знаний и убеждений. Я понимаю, что любая неверная и/или неправдивая информация, указанная мной в этой форме и/или представленная в дополнительных документах, приведет к полному аннулированию моей формы и прекращению дальнейшего моего участия в серии тренингов «Awareness, Improvement, Mobilization (*AIM*): Углубление знаний о лечении ВИЧ и сопутствующих инфекций (гепатит С и туберкулез)».**

*ФИО дата*

|  |
| --- |
| **ЗАПОЛНЕННУЮ ФОРМУ ОТПРАВЬТЕ ПО АДРЕСУ oleksandr.martynenko[at]eatg.org** **КРАЙНИЙ СРОК: ВОСКРЕСЕНЬЕ, 16 АВГУСТА 2015 Г. ДО 23:59 CET.** |