

AMiD

Πρόσβαση σε Υπηρεσίες για Μετανάστες με Αναπηρίες

AMIF-2016-AG-INT

**ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ
ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ AMiD**

Εγώ, ο/η _____, δηλώνω διά του παρόντος ότι:

(Όνομα)

1. Έχω ενημερωθεί για το Εργαλείο Αξιολόγησης Αναγκών (ΕΑΑ), γνωρίζω τι ακριβώς είναι, τη σημασία του για το πρόγραμμα και ποιους σκοπούς εξυπηρετεί.
2. Δέχομαι να συμμετάσχω στη διαδικασία συνεντεύξεων, γιατί η προσωπική μου εμπειρία θα συμβάλει στην κατανόηση των ζητημάτων υπό εξέταση.
3. Έχω το δικαίωμα να μην απαντήσω σε μια ή περισσότερες ερωτήσεις του ΕΑΑ που θα μου υποβάλει ο υπεύθυνος λειτουργός.
4. Μπορώ να διακόψω τη συμμετοχή μου στη συνέντευξη οποιαδήποτε στιγμή επιθυμώ. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, ή μετά την ολοκλήρωσή της, μπορώ να ζητήσω την τροποποίηση ή τη διαγραφή μερικών δηλώσεων μου.
5. Γνωρίζω ότι οι απαντήσεις μου ίσως καταγράφονται ηλεκτρονικά στο ΕΑΑ κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Σε αυτή την περίπτωση, θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλύπτεται κανένα προσωπικό μου στοιχείο.
6. Γνωρίζω ότι όλα τα δεδομένα θα αποθηκευτούν σε ασφαλή χώρο. Μόνο ο υπεύθυνος λειτουργός και οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο σχετίζεται με την υπόθεση μου θα έχει πρόσβαση σε αυτά τα δεδομένα, τα οποία σε δύο χρόνια από την ολοκλήρωση του ερευνητικού προγράμματος θα καταστραφούν.
7. Η συμμετοχή μου μπορεί να γίνει εντελώς ανώνυμα: κάθε αναφορά στη συμμετοχή μου θα γίνεται με κωδικό αριθμό. Σε περίπτωση παραπομπών, πληροφορίες και δεδομένα που παρέχονται στη συνέντευξη θα αναφέρονται με αυτό τον κωδικό αριθμό.
8. Οι πληροφορίες που θα παρέχω θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς που εξυπηρετεί το ΕΑΑ.
9. Η συμμετοχή μου είναι καθαρά εθελοντική και μπορώ να αποσυρθώ οποιαδήποτε στιγμή.

Δέχομαι να συμμετάσχω στην έρευνα.

Όνοματεπώνυμο: _____ Υπογραφή: _____

