

Miejscowość, dn.

**OŚWIADCZENIE WOLI UCZESTNICTWA W WARSZTACIE TERAPII ZAJĘCIOWEJ
W POLKOWICACH**

(osoby zainteresowanej)

Ja..... **(imię i nazwisko osoby zainteresowanej)** oświadczam, że wyrażam zgodę na uczestnictwo w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Polkowicach.

Imię i nazwisko kandydata na uczestnika

Data urodzenia:

Stopień niepełnosprawności (zgodnie z posiadany orzeczeniem):

umiarkowany

znaczny

Kod/symbol niepełnosprawności (zgodnie z posiadany orzeczeniem)

Orzeczenie wydane przez

.....

Orzeczenie wydane:

na stałe

okresowo (do kiedy?).....

Adres zameldowania

.....

Adres zamieszkania (jeżeli różni się od adresu zameldowania).....

.....

Telefon kontaktowy

Pobyt kandydata na uczestnika w jednostce organizacyjnej zobowiązanej do zapewnienia terapii zajęciowej (np. szkoła specjalna, inny WTZ):

tak

nie

Uwaga!

Do podania należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz oryginał orzeczenia do wglądu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Polkowicach.

.....

Podpis osoby zainteresowanej