

ZGŁOSZENIE KANDYDATA

DO UCZESTNICZENIA W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Imię i nazwisko kandydata:

Data urodzenia kandydata:

Stopień niepełnosprawności (zgodnie z posiadanym orzeczeniem):

znaczny

umiarkowany

Kod/symbol niepełnosprawności:

Orzeczenie wydane do dnia:

Adres zameldowania:

.....

Adres zamieszkania (wpisać , jeżeli jest inny od zameldowania):

.....

.....

Telefon kontaktowy:

Krótką historią kandydata (edukacja, uczestnictwo w WTZ bądź innych formach wsparcia, zainteresowania, informacje dodatkowe):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oczekiwania kandydata:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deklaruję uczestnictwo w Warsztatach Terapii Zajęciowej w (nazwa i adres warsztatu)

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Starogardzie Gdańskim zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019, poz. 1781 oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.). Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....

(data i podpis kandydata/opiekuna prawnego)