**Wniosek o przyjęcie**

**do Warsztatu Terapii Zajęciowej (WTZ)**

**przy Stowarzyszeniu Integracji Osób Niepełnosprawnych SION w Bartoszycach**

**ul. Bema 51A, 11-200 Bartoszyce**

1. Imię i nazwisko kandydata: …………………………………………………………………………………………………………..
2. Adres zamieszkania kandydata: ………………………………………………………………………………………………….…
3. Numer telefonu kandydata: …………………………………………………………………………………………………...
4. Status prawny kandydata:
5. osoba ubezwłasnowolniona/ osoba częściowo ubezwłasnowolniona/ osoba nieubezwłasnowolniona ***(niepotrzebne skreślić)***
6. Imię i nazwisko osoby do kontaktu/opiekuna prawnego/kuratora:

……………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Numer telefonu osoby do kontaktu/opiekuna prawnego/kuratora: ………………………………………..
2. Orzeczony stopień niepełnosprawności: znaczny/umiarkowany ***(niepotrzebne skreślić)***
3. symbol niepełnosprawności: …………………………………………………………..…
4. do kiedy ważne jest orzeczenie: …………………………………………………………
5. Preferowany termin przyjęcia: …………………………………………………………..
6. Czy kandydat był już uczestnikiem WTZ? (należy podać: okres/rok; adres WTZ; przyczynę odejścia z WTZ):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Specjalne potrzeby kandydata: ……………………………………………………………………………………………………….

Załączono do wniosku:

1) kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,

2) inne dokumenty (jakie?): …………………………………………………………………………………………………………..

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez:

Warsztat Terapii Zajęciowej przy Stowarzyszeniu Integracji Osób Niepełnosprawnych SION

w Bartoszycach , ul. Bema 51A, 11-200 Bartoszyce

zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

………………………………………………………………………..

Data zgłoszenia

………………………………………………………………………………………………………………………………….

Podpis kandydata/opiekuna prawnego/kuratora Podpis przedstawiciela WTZ