

KARTA INFORMACYJNA

kandydata na uczestnika
Warsztatu Terapii Zajęciowej
w Tomaszowie Mazowieckim

1. Imię i nazwisko
data urodzenia
2. Adres zamieszkania (dzień, miesiąc, rok)
3. Rodzaj schorzenia
.....
.....
4. Stopień schorzenia:
 - wymaga stałej opieki tak – nie
 - doraźnie wymaga pomocy tak – nie
 - samodzielny tak – nie
5. Orzeczony stopień niepełnosprawności:
nr orzeczenia
6. Wskazania Zespołu do Spraw Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności
.....
.....
7. Dotychczasowe formy szkolenia: (nazwa szkoły, rok ukończenia)
.....
.....
8. Imię i nazwisko osoby zgłaszającej
.....

(adres, telefon)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w karcie informacyjnej na zasadach określonych w ustawie z dnia 29.08.97 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 1997r. Nr 133 poz. 883) w zbiorze danych osobowych prowadzonym przez Warsztat Terapii Zajęciowej w Tomaszowie Maz .

.....
(data i podpis)