

KARTA INFORMACYJNA
kandydata na uczestnika
Warsztatu Terapii Zajęciowej
w Tomaszowie Mazowieckim

1. Imię i nazwisko
- data urodzenia
(dzień, miesiąc, rok)
2. Adres zamieszkania
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)