**Wniosek o przyjęcie**

**do Warsztatu Terapii Zajęciowej (WTZ)**

**w Rawie Mazowieckiej**

1. Imię i nazwisko kandydata ……………………..……………………………………………….……………
2. Adres zamieszkania kandydata ………………………………………………………………………………………
3. Numer telefonu kandydata ………………………………………………………………………………………
4. Status prawny kandydata: osoba ubezwłasnowolniona/osoba nieubezwłasnowolniona (niepotrzebne skreślić)
5. Imię i nazwisko osoby do kontaktu/ opiekuna prawnego/kuratora: ………………………………………………………
6. Numer telefonu osoby do kontaktu/opiekuna prawnego/kuratora ……………………………………………………….
7. Orzeczony stopień niepełnosprawności: znaczny/umiarkowany (niepotrzebne skreślić)
8. Preferowany termin przyjęcia: …………………………………………………………………………………………..
9. Czy kandydat był już uczestnikiem WTZ? (należy podać: okres/rok; adres WTZ): ………………………………….
10. Specjalne potrzeby kandydata: …………………………………………………………………………………………..

Załączono do wniosku:

1. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
2. Inne dokumenty (jakie?):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww danych osobowych przez: **Warsztat Terapii Zajęciowej w Rawie Mazowieckiej**

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 ………………………………………………………………………….