

**Wniosek o przyjęcie uczestnika
do Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Stowarzyszeniu „ISKRA Ziemi Wałbrzyskiej”**

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 ze wskazaniem do terapii zajęciowej
- 2) inne dokumenty (jakie?):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie ww. danych osobowych przez:

WTZ przy Stowarzyszeniu na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelleksualną „ISKRA Ziemi
Wałbrzyskiej” ul. Ogrodowa 5a, Wałbrzych

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