|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| stowarzyszenie pomocy szansa | C:\Users\ASUS\Desktop\Loga\LOGO 1.png |  |
| WITOWICE 60A, 32-250 CHARSZNICA  WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ KRETYWNI |
| KRS 42710 NIP 659-14-38-405 EMAIL sps@spszansa.pl |
| **WNIOSEK NR /WTZ/SL/** | | |

WNIOSEK

O UCZESTNICTWO W WARSZTATACH TERAPII ZAJĘCIOWEJ

W STARYM LUBIEJEWIE

STOWARZYSZNIA POMOCY SZANSA Proszę o wpisanie mojej osoby na listę uczestników Warsztatów Terapii Zajęciowej w Starym Lubiejewie ul. Słoneczna 4, Stowarzyszenia Pomocy Szansa.

Podstawowe dane:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ NAZWISKO | GMINA | IMIĘ I NAZWISKO  RODZICA(OPIEKUNA) | STOPIEŃ  NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
|  |  |  |  |
| ADRES  ZAMIESZKANIA | POWIAT | TELEFON | OKRES  NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |
|  |  |  |  |

Do wniosku załączam kopię orzeczenia o niepełnosprawności.

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Stowarzyszenie Pomocy Szansa z siedzibą w Witowicach 60A 32-250 Charsznica w celu rekrutacji i uczestnictwa w Warsztatach Terapii Zajęciowej Kreatywni w Starym Lubiejewie ul. Słoneczna 4, 07-300 Ostrów Maz.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

Data i podpis wnioskodawcy [1]

[1] Wskazany jest także podpis rodzica lub opiekuna a w przypadku osób posiadających opiekuna prawnego podpisuje opiekun prawny