



Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób
z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie
ul. Wyspiańskiego 4, 75-629

Data wpływu.....

PODANIE O PRZYJĘCIE DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Koszalin, dnia

Zwracam się z prośbą o przyjęcie.....do Warsztatu Terapii Zajęciowej działającym przy Polskim Stowarzyszeniu na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie.

.....
Czytelny podpis osoby ubiegającej
się o przyjęcie do WTZ

.....
Czytelny podpis opiekuna prawnego
(w przypadku ubezwłasnowolnienia)

Dane osoby ubiegającej się o uczestnictwo w WTZ Nr	Dane osoby do kontaktu: • opiekuna prawnego • rodzica (niepotrzebne skreślić)
..... Imię i nazwisko Imię i nazwisko
..... adres zamieszkania dobrowolnie numer telefonu adres zamieszkania dobrowolnie numer telefonu
..... Data i miejsce urodzenia	

Wykaz dokumentów, które należy dołączyć wraz z podaniem:

- kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności osoby ubiegającej się o przyjęcie do placówki wydane przez Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności z wymaganym wskazaniem do terapii zajęciowej;
- Oświadczenie RODO.
- W przypadku ubezwłasnowolnienia - kserokopie decyzji o ubezwłasnowolnieniu całkowitym lub częściowym

Podanie wraz z kompletem dokumentów należy złożyć w sekretariacie Polskiego Stowarzyszenia na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Koszalinie, ul. Wyspiańskiego 4, pokój nr 103.

Zatwierdzenia zgłoszenia :

Uzgodniono z:

PSONI Koło w Koszalinie

CUS/PCPR

.....
Data:

.....
Data: