

Wrzesnia, dnia _____

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie/mojego dziecka/podopiecznego do Warsztatu Terapii Zajęciowej we Wrześni w celu korzystania z prowadzonych w tutejszej placówce zajęć terapeutycznych.

czytelny podpis uczestnika, rodzica/opiekuna lub opiekuna prawnego

Dane uczestnika

Imię i nazwisko

Dokładny adres

Rodzaj orzeczenia i data ważności

Schorzenia podstawowe i towarzyszące

Dane rodzica/opiekuna lub opiekuna prawnego

Imię i nazwisko

Dokładny adres

Numer telefonu

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warsztat Terapii Zajęciowej we Wrześni zgodnie z art. 13 ust 1i2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U UE L 2016; nr 119, s.1) zwanego dalej ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych z oświadczenia o wyrażeniu zgody.

czytelny podpis uczestnika, rodzica/opiekuna lub opiekuna prawnego