** Warsztat Terapii Zajęciowej przy Specjalnym Ośrodku Szkolno- Wychowawczym w Żywcu**

**IMIĘ I NAZWISKO** ………….………………………………………………………………...

**DATA I MIEJSCE URODZENIA**………………………………………………………………

**MIEJSCE ZAMIESZKANIA**…………………………………………………………………...

**NR PESEL**………………………………………………………………………………………

**NR TELEFONU**………………………………………………………………………………..

**WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ**

**PRZY** **SPECJALNYM OŚRODKU SZKOLNO-WYCHOWAWCZYM W ŻYWCU.**

**PODANIE**

 Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie jako Uczestnika do Warsztatu Terapii Zajęciowej przy Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym w Żywcu. Mam ukończone 16 lat i posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem do terapii zajęciowej.

Żywiec, dnia ……………….. ……………………………………

 Podpis

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a:

1.Oświadczam, że dane zawarte w podaniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawidłowych danych.

2.Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby rekrutacji, realizacji, sprawozdawczości, monitoringu i ewaluacji zadania przez organizatorów przedsięwzięcia.

Żywiec, dnia ……………….. …………………………………….

 Podpis

Wyrażam/nie wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka, nazwiska na materiałach umieszczanych w siedzibie Beneficjenta oraz stronie internetowej.

Żywiec, dnia ……………….. .…………………………………….

 Podpis