



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