

Białystok, dn.

.....
Imię i nazwisko kandydata

.....
Adres

.....
Telefon kontaktowy

***Warsztat Terapii Zajęciowej
Stowarzyszenia "MY DLA INNYCH"***

**WNIOSEK
o możliwość uczestnictwa w WTZ**

Proszę o wpisanie mnie na listę kandydatów na uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej przy ul. Transportowej 4, w Białymstoku prowadzonego przez Stowarzyszenie "MY DLA INNYCH".

Podstawowe dane kandydata:

IMIĘ I NAZWISKO (wpisujemy pełne dane urzędowe - np. dwa imiona)		
DATA URODZENIA		
ADRES ZAMIESZKANIA		
RODZAJ I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (dane z aktualnego orzeczenia)		
UBEZWŁASNOWOLIENIE (odpowiednie zaznaczyć)	TAK Imię i nazwisko opiekuna prawnego	NIE
WYKSZTAŁCENIE (podać również rodzaj ukończonej szkoły)		

Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:

1. Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem do uczestnictwa w terapii zajęciowej (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem - kserokopię można wykonać na miejscu w WTZ)
2. Ostatnie świadectwo szkolne ((kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem - kserokopię można wykonać na miejscu w WTZ)
3. W przypadku osoby ubezwłasnowolnionej - kserokopię decyzji sądowej o aktualnym opiekunie prawnym
4. Inne dokumenty mogące mieć znaczenie dla procesu terapii i rehabilitacji społeczno - zawodowej

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że jestem mieszkańcem/ mieszkanką Miasta Białystok, a mój aktualny adres zameldowania to:

.....
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Stowarzyszenie "MY DLA INNYCH" oraz Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku zgodnie z RODO, w celu procesu rekrutacji oraz uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej.
3. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/ am się z treścią Klauzul informacyjnych dotyczących przetwarzania danych osobowych
4. Podaję swoje dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą

.....
podpis kandydata na uczestnika

.....
podpis opiekuna prawnego
(tylko w przypadku osoby ubezwłasnowolnionej)