**ZGŁOSZENIE KANDYDATA**

**do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej**

Imię i nazwisko kandydata: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data urodzenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stopień niepełnosprawności (zgodnie z posiadanym orzeczeniem):

**🞏** znaczny **🞏** umiarkowany

Kod/symbol niepełnosprawności: …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Orzeczenie wydane do dnia: ………………………………………………………………………………………………………………............................................

Osoba ubezwłasnowolniona 🞏TAK 🞏NIE

Dane opiekuna prawnego…………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Samodzielnie porusza się po mieście ( dojedzie do WTZ?) 🞏TAK 🞏NIE

Wyposażenie w sprzęt pomocniczy np. wózek, kule, protezy, okulary, rozrusznik itp.

🞏TAK 🞏NIE

Samoobsługa - potrzebuje wsparcia:

podczas korzystaniu z toalety 🞏TAK 🞏NIE

podczas posiłków 🞏TAK 🞏NIE



Adres zameldowania: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

Adres zamieszkania(jeżeli różni się od adresu zameldowania):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Krótka historia kandydata: (edukacja, uczestnictwo w Warsztatach Terapii Zajęciowej bądź innych formach wsparcia, zainteresowania, informacje dodatkowe)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

Oczekiwania kandydata na uczestnika Warsztatu Terapii Zajęciowej w:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………….



**UWAGA!**

Do zgłoszeń należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, **oryginał do wglądu**.

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Poznaniu zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz.883). Zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, aktualizacji, uzupełnienia i usuwania.”

 ………………………………………………………………………………

