

ZGŁOSZENIE KANDYDATA
do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej

Imię i nazwisko kandydata:

Data urodzenia:

Stopień niepełnosprawności (zgodnie z posiadanym orzeczeniem):

znaczny

umiarkowany

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy i miejscowość:

Ulica, nr domu, nr mieszkania:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Deklaruję uczestnictwo w następującym Warsztacie Terapii Zajęciowej:

WTZ Gdyńskiego Stowarzyszenia Integracyjnego „Promyk” ul. Maciejewicza 11 Gdynia,

WTZ „Caritas” Archidiecezji Gdańskiej ul. Jęczmienna 8 Gdynia,

WTZ Stowarzyszenia Osób z Wadą Słuchu „Cisza” ul. Boisko 4 Gdynia,

WTZ Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym
ul. Harcerska 4 Gdynia,

WTZ Fundacja ADAPA ul. Hallera 31 A Gdynia.

Od dnia

UWAGA!

Do zgłoszeń należy dołączyć kserokopię aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Gdyni zgodnie z ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz.883)”

.....
data i podpis kandydata