

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230, poz. 1694), oświadczam, że:

1. W roku bieżącym(uzyskałem/am), (nie uzyskałem/am)* dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego ze środków PFRON.
2. Nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawach swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO, GDPR)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdwinie.

Zobowiązuje się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia**.

.....

(data)

.....

(czytelny podpis wnioskodawcy)

* właściwe zakreślić

**dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. kopia (oryginał do wglądu) dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność Wnioskodawcy,
2. wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
3. zaświadczenie ze szkoły w przypadku młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16 -24 lata.

