

PODANIE

Z PROŚBĄ O PRZYJĘCIE DO WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ CARITAS ARCHIDIECEZJI WROCLAWSKIEJ W MAŁKOWICACH – FILIA W DOBROSZOWIE OLEŚNICKIM

1. **Imię i nazwisko kandydata na uczestnika:**
2. **Rok i miejsce urodzenia:**
3. **Miejsce zamieszkania*:**
.....
4. **Prośba o przyjęcie do Warsztatu Terapii Zajęciowej w (*niewłaściwe skreślić):**
 - WTZ w Małkowicach (ul. Klasztorna 1, gmina Kąty Wrocławskie)*
 - Filia WTZ w Dobroszowie Oleśnickim (ul. Portugalska 2, gmina Długołęka)*
5. **Proszę określić gotowość rozpoczęcia zajęć w WTZ (data):**
6. **Proszę umotywować chęć uczestnictwa w zajęciach:**
.....
.....
.....
7. **Do podania załączam następujące dokumenty (właściwe zaznaczyć „X”):**
 - Orzeczenie o Stopniu Niepełnosprawności (orzeczenie w stopniu umiarkowanym lub znacznym ze wskazaniem do uczestnictwa w terapii zajęciowej)
 - Postanowienie Sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego (jeżeli jest ustanowiony)
 - Zaświadczenie o aktualnym stanie zdrowia (czy nie ma przeciwwskazań do udziału w zajęciach)
8. **Imię i Nazwisko, adres oraz numer telefonu rodzica/opiekuna prawnego:**
.....
.....

Oświadczam, że wszystkie wyżej podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

.....
(data i podpis kandydata - jeżeli możliwy)

.....
(data i czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Dane placówki:

Centrum Opieki Caritas Archidiecezji Wrocławskiej
Warsztat Terapii Zajęciowej
Małkowice, ul. Klasztorna 1, 55-080 Kąty Wrocławskie
tel. +48 71 793 01 80, e-mail: wtzmałkowice@wroclaw.caritas.pl,

*Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. (art. 25 Kodeksu Cywilnego).

**Kto składając zeznania mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. (art. 233 Kodeksu Karnego).



CENTRUM OPIEKI CARITAS ARCHIDIECEZJI WROCLAWSKIEJ
WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ W MAŁKOWICACH

.....
imię i nazwisko uczestnika

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

nr PESEL uczestnika

.....
imię i nazwisko opiekuna prawnego

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

nr PESEL opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO), w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez: **CENTRUM OPIEKI CARITAS ARCHIDIECEZJI WROCLAWSKIEJ WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ, Małkowice, ul. Klasztorna 1; 55-080 Kąty Wrocławskie**

.....
data i podpis uczestnika/opiekuna prawnego

INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE

1. Administratorem, Pani/Pana danych osobowych jest **CENTRUM OPIEKI CARITAS ARCHIDIECEZJI WROCLAWSKIEJ WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ, Małkowice, ul. Klasztorna 1; 55-080 Kąty Wrocławskie** (art. 13 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz. UE L 119, str. 1) zwane dalej RODO.
2. Informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, jakim jest prowadzenie terapii zajęciowej w WTZ, będą udostępniane jedynie podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa lub umów powierzenia. Dane te nie będą transferowane do państw trzecich oraz organizacji międzynarodowych. Dane będą przetwarzane do momentu ustania celu przetwarzania oraz w celach archiwalnych. Dane nie będą profilowane.
3. Informuję Pana/Panią o prawie do żądania od administratora dostępu do Pana/Pani danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych.
4. Informuję Pana/Panią o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Wszelkie informacje związane z danymi osobowymi można uzyskać kontaktując się z biurem Warsztatu Terapii Zajęciowej w Małkowicach.

.....
data i podpis uczestnika/opiekuna prawnego