

.....
(imię i nazwisko)

Białystok, dn.

.....
(adres)

.....
(nr telefonu)

**Kierownik
Warsztatu Terapii Zajęciowej
Caritas Archidiecezji Białostockiej
Ul. Knyszyńska 12a
15-702 Białystok**

PODANIE O PRZYJĘCIE DO WTZ

Zwracam się z prośbą o przyjęcie

(imię i nazwisko kandydata)

do Warsztatu Terapii Zajęciowej celem uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych z zakresu rehabilitacji społecznej i zawodowej.

Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ze wskazaniem do uczestnictwa w terapii zajęciowej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych do realizacji procesu kwalifikacji do WTZ Caritas Archidiecezji Białostockiej. Administratorem danych jest Caritas Archidiecezji Białostockiej, ul. Warszawska 32, 15-077 Białystok. Zostałam/em poinformowana/y, iż podanie danych jest dobrowolne. Przysługuje mi prawo wglądu do tych danych, ich zmiany, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, wniesienia sprzeciwu oraz do wycofania zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).

.....
(podpis kandydata/opiekuna prawnego)