Załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 20/2022

Dyrektora MOPR w Słupsku

z dnia 29 marca 2022 r.

**INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź opiekun prawny)

Imię i nazwisko uczestnika turnusu: ...............................................................................................................................................................................................................

PESEL albo numer dokumentu tożsamości: .......................................................................................... Adres zamieszkania: .............................................................................................................................. ....................................................................................................................................................................................

Rodzaj turnusu: ...................................................................................................................................... .....................................................................................................................................................................................

Termin turnusu: od: .................................................................................... do: ........................................................................................................

Dane organizatora turnusu: Nazwa i adres z kodem pocztowym: ..................................................................................................... ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ......................................................................................................................................................................................................................

Dane ośrodka, w którym odbędzie się turnus: Nazwa i adres z kodem pocztowym: ..................................................................................................... ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................ ................................................................................................................................................................

Oświadczam, że nie korzystam z dofinansowania uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

………………………………. ………………………………………

 ( data) ( czytelny podpis wnioskodawcy)