**INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU**

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

PESEL albo numer dowodu 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 do uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie ubezpieczeń społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.

………………………….. ……………………………..

Data czytelny podpis wnioskodawcy