

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przez mnie danych osobowych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej, L rok 2016 nr 119 poz. 1) w zbiorze danych osobowych prowadzonych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Śremie celem realizacji zadań określonych ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1172 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r., w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694 z późn. zm.).

.....
(data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Wypełnia PCPR

.....
Data wpływu wniosku do PCPR

.....
Pieczęć PCPR i podpis pracownika

* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

** właściwe zaznaczyć

*** **Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.**

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Do wniosku należy załączyć:

- 1) kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia, o którym mowa w art. 1, art. 5 pkt 1a lub art. 62 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 573), a w przypadku osoby, o której mowa w art. 62 ust. 3 cytowanej ustawy, kopię orzeczenia o stałej albo długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym wydanego przed dniem 1 stycznia 1998 r.,
- 2) wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny,
- 3) w przypadku osób ubezwłasnowolnionych: kopię postanowienia o ubezwłasnowolnieniu,
- 4) w przypadku osób uczących się do 24 roku życia: dokument potwierdzający uczęszczanie do szkoły/uczelni

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL albo nr dokumentu tożsamości

Adres (miejsce pobytu*)

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja układu krążenia | |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | |
| <input type="checkbox"/> inne(jakie?) | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie **

- Nie
- Tak – uzasadnienie
-
-
-
-

Uwagi:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

.....
* wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

** właściwie zaznaczyć