

## WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ

ul Ostrogskich 5b, 33-100 Tarnów

tel.14 626-84-89

Tarnów, dnia.....

### Podanie

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Warsztatu Terapii Zajęciowej prowadzonego przez PSONI Koło w Tarnowie przy ul. Ostrogskich 5b

.....  
czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego

Dane uczestnika

Dane opiekuna prawnego  
(dotyczy osób ubezwłasnowolnionych)

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Dokładny adres

.....  
Dokładny adres

.....  
Rodzaj orzeczenia i data ważności

.....  
Telefon

.....  
Telefon

### Zgoda na przetwarzanie danych osobowych zgodna z RODO

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelleksualną – Koło w Tarnowie z siedzibą w Tarnowie, ul. Ostrogskich 5b, numer KRS 0000048380 w celu procesu rekrutacji i uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej.
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem(-am) się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
czytelny podpis kandydata lub opiekuna prawnego