

.....
*Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego*

WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania*

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

dysfunkcja narządu ruchu

osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim

dysfunkcja narządu wzroku

dysfunkcja narządu słuchu

schorzenia układu krążenia

upośledzenie umysłowe

choroba psychiczna

padaczka

inne (jakie?)

.....

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

NIE

TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

UWAGI

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

** Właściwe zaznaczyć

Dodatkowe informacje

I.

Nr telefonu wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego.....

e-mail:.....

Oświadczam, że jako osoba niepełnosprawna w trakcie trwania turnusu rehabilitacyjnego nie będę pełnił funkcji członka kadry na turnusie, ani nie będę opiekunem innego uczestnika tego turnusu.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz, że jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 §1 i §2 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

II.

(Wypełnić w przypadku zaznaczenia konieczności pobytu opiekuna na turnusie)

Imię i nazwisko opiekuna:.....

Nr Pesel opiekuna:.....

Oświadczam, że opiekun:

- nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ma ukończone 18 lat
- ma ukończone 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej

.....

data

.....

Czytelny podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY
(dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej),
opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko:

PESEL lub numer dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania:

.....

Numer telefonu:

Adres email:

Data urodzenia:

ustanowiony przedstawicielem* / opiekunem* / pełnomocnikiem*:

.....

postanowieniem Sądu:

.....

z dn. sygn. Akt*:

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza*:

.....

z dn. repet. nr

.....

(data)

(podpis
*przedstawiciela ustawowego**
*opiekuna prawnego**
pełnomocnika)*

Informacje uzupełniające do wniosku
DANE KONTAKTOWE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Numer telefonu:

Adres e-mail:

.....

(data)

(podpis)

* niepotrzebne skreślić