**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 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 ubezpieczeniu społecznym rolników.**

…………………………… ……....…………………………………………

 *Data Czytelny podpis Wnioskodawcy*

\*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.