

# INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO

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

Imię i nazwisko uczestnika turnusu.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania\*.....

(\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu).

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 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)

## **Wypełnia PCPR**

Sprawdzono w rejestrze : Centralnej Bazy Danych Ośrodków i Organizatorów Turnusów dla Osób Niepełnosprawnych : numer OD..... ważny do.....

numer OR..... ważny do.....

Ośrodek prowadzi rehabilitację dla osób niepełnosprawnych z chorobami:

Data sprawdzenia

pieczętka PCPR i podpis pracownika