Załącznik nr 3 do umowy

…………………………………………….

/imię i nazwisko kandydata/

……………………………………………..

/adres zamieszkania kandydata/

……………………………………………..

/imię i nazwisko opiekuna prawnego kandydata/

……………………………………………..

/adres zamieszkania opiekuna prawnego kandydata/

……………………………………………..

/telefon kontaktowy/

Warsztat Terapii Zajęciowej

………………..……………….…………

/adres warsztatu/

**PODANIE**

Zwracam się z prośbą o przyjęcie do Warsztatów Terapii Zajęciowej (dalej: WTZ) przy   
ul. …………………………………………………. w Krakowie.

W załączeniu:

1. Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ze wskazaniem do udziału   
   w zajęciach WTZ (oryginał do wglądu)
2. Inne dokumenty tj (ewentualnie):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że:

1. Jest to pierwszy\* / drugi \* / ………… \*\* Warsztat, do którego złożyłem/am podanie o przyjęcie.

Dotychczas złożyłem/am podania w Warsztacie/ach\* tj. (należy podać adres/y WTZ):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2. Przyjmuję do wiadomości, że miejscem zamieszkania osoby ubezwłasnowolnionej jest miejsce zamieszkania opiekuna prawnego.

3. Przyjmuję do wiadomości, że uczestnikiem WTZ, który znajduje się na terenie Gminy Miejskiej Kraków (dalej: GMK) może być mieszkaniec GMK. W przypadku, gdy kandydat lub jego opiekun prawny zamieszkuje poza GMK, winien zwrócić się do powiatu tj. PCPR, MOPS/GOPS zgodnie z właściwością miejscową z prośbą o wyrażenie zgody na ponoszenie odpłatności za uczestnictwo w WTZ.

4. Poinformuję o :

* każdorazowej zmianie adresu zamieszkania kandydata/uczestnika lub jego opiekuna prawnego,
* każdorazowej zmianie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w szczególności   
  o zmianie jego ważności, symbolu i posiadania wskazania do w terapii zajęciowej,
* zmianie sytuacji prawnej tj. o ubezwłasnowolnieniu.

5. Mając na względzie cel warsztatu terapii zajęciowej, jakim jest stwarzanie osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwości rehabilitacji społecznej   
i zawodowej w zakresie pozyskania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia, **wyrażam zgodę na ewentualne podjęcie zatrudnienia / ewentualne podjęcie zatrudnienia przez podopiecznego.**

6. Wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych na „Liście Osób Oczekujących na Przyjęcie do WTZ”, jeśli na chwilę składania powyższego podania Warsztat nie dysponuje wolnym miejscem.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Warsztat Terapii Zajęciowej, Jednostkę prowadzącą Warsztat oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej   
w Krakowie, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji oraz prowadzonej sprawozdawczości (w oparciu o art. 9, ust. 2 lit. a rozporządzenie nr 2016/679 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwanego RODO).

………………………………… /data i podpis kandydata lub opiekuna prawnego/

\*niepotrzebne skreślić

\*\* wpisać odpowiednią cyfrę

Kopia niniejszego podania została wydana stronie. Potwierdzam odbiór

…...……..……………………………

/data i podpis kandydata lub opiekuna prawnego/