**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 uczestnictwa w wyżej wymienionym turnusie rehabilitacyjnym przyznanego na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub o systemie społecznych albo o ubezpieczeniu społecznym rolników.**

............................................................................... ................................................................................

*(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)*

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\* w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu