ON.700……….2025

  **INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO**

 **(**Wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej w jej imieniu 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 ubezpieczeń społecznych albo ubezpieczeniu społecznym rolników.

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

 Data Czytelny podpis Wnioskodawcy

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