

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania *

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji **

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | |

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie

- NIE
- TAK – uzasadnienie

.....

.....

.....

.....

.....

Uwagi:

.....

.....

.....

*W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu

**Właściwe zaznaczyć

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Informacja o stanie zdrowia *

Imię i nazwisko

PESEL albo numer dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania zamieszkania (miejsce pobytu**)

Rozpoznanie choroby zasadniczej

Uczulenia

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie)

.....
(data)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

*wypełnić w przypadku gdy program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne
**wpisać wyłącznie w przypadku osoby bezdomnej

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ UCZESTNICZĄCEGO W TURNUSIE
REHABILITACYJNYM**

*(wypełnia opiekun tylko jeśli lekarz wskaże konieczność jego pobytu na turnusie
rehabilitacyjnym)*

Ja, niżej podpisany/a
(imię i nazwisko opiekuna)

jako opiekun osoby niepełnosprawnej
(imię i nazwisko uczestnika turnusu)

zgodnie z § 4 ust. 2 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 roku w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. z 2007 r., Nr 230, poz. 1694) oświadczam, że:

- nie będę pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
- nie jestem osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
- ukończyłem/am 18lat,
lub
- ukończyłem/am 16 lat i jestem wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

.....
(Data i podpis osoby składającej oświadczenie)

- właściwe zakreślić

Klauzula informacyjna
dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie
64-000 Kościan, ul. Gostyńska 38

W związku z rozpoczęciem stosowania od dnia 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej: RODO) informujemy, iż na podstawie **art. 13 RODO od dnia 25 maja 2018 r. będą Pani/Panu przysługiwały określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

- Administratorem danych osobowych jest **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Kościanie przy ul. Gostyńskiej 38 oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**
- **W Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Kościanie wyznaczony został Inspektor Ochrony Danych**, z którym można się kontaktować pod adresem e-mail: iod@pcprkoscian.pl
- Dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze danych.
- Dane osobowe przetwarzane są zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c rozporządzenie z dnia 27 kwietnia 2016 r. o ochronie danych osobowych.
- Odbiorcą danych osobowych będą tylko podmioty uprawnione do odbioru Pani/Pana danych.
- Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie przepisów prawa, przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania, lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
- Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.;
- Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym.

.....
Podpis

