Formularz kandydata do Warsztatów Terapii Zajęciowej
przy Stowarzyszeniu „Świętokrzyskie Anioły”
(WTZ) w Gminie Nowy Korczyn

Imię:……………………………………………………………………………………

Nazwisko:……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:……………………………………………………………
 …………………………………………………………….

Numer kontaktowy ……………………………………………………………

Stopień niepełnosprawności:

 Umiarkowany (KOD) ……………………………………………………

 Znaczny (KOD) ……………………………………………………………..

Wskazanie do WTZ: TAK , NIE

( W przypadku braku wskazania na WTZ można wystąpić o uzyskanie go, do” Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności”)

……………………………………………..
 PODPIS