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