

zgłoszenie nr .....

(wypełnia zespół Fundacji Spina)

## Formularz zgłoszeniowy do projektu Pracownia uroterapeutyczna

Imię:	Nazwisko:
Data i miejsce urodzenia:	
Adres zamieszkania:	Kod: Miejscowość:
Telefon:	Adres e-mail:
PESEL:	Numer podopiecznego:
Imiona rodziców:	

1. Czy kandydujący zamieszkuje teren województwa śląskiego?\*
2. Czy kandydat pochodzi z rodziny wielodzietnej?
3. Czy kandydat jest wychowywany przez jednego rodzica?
4. Czy kandydat podejmował próby samocewnikowania?

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....  
(data, miejscowość)

.....  
(podpis Kandydata/Rodzica/Opiekuna)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r, nr 101, poz 926 z późniejszymi zmianami) przez Fundację na Rzecz Dzieci z Przepukliną Oponowo-Rdzeniową i Inymi Wadami Rozwoowymi SPINA.

.....  
(data, miejscowość)

.....  
(podpis Kandydata/Rodzica/Opiekuna)