**Załącznik nr 2**

**INFORMACJA O WYBORZE TURNUSU REHABILITACYJNEGO**

(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej 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 korzystałem 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 o ubezpieczeniu społecznym rolników.

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

(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

\*w przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu