



OŚWIADCZENIE

**kandydata do udziału w projekcie „Pomoc szyta na miarę!”
w związku z uczestnictwem w Warsztatach Terapii Zajęciowej
ChSON „Ognisko” (adres):**

Ja, niżej podpisany/a:

(CZYTELNIE) Nazwisko:

(CZYTELNIE) Imię:

Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontakt pracowników projektu „Pomoc szyta na miarę!” z pracownikami Warsztatu Terapii Zajęciowej: wzajemne przekazywanie informacji dotyczących mojej sytuacji, w tym także udostępnienie pracownikom projektu dokumentów dotyczących wsparcia jakie otrzymuję w WTZ.

Data i podpis kandydata: _____

Informacje od WTZ – czy kandydat jest rekomendowany do udziału w projekcie (czy posiada pozytywną Rekomendację Rady Programowej WTZ na podstawie arkuszy oceny postawy – min. 30%)

Data i podpis terapeuty WTZ: _____