

.....
(imię i nazwisko kandydata)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)
.....

.....
(telefon kontaktowy)

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o przyjęcie na listę uczestników Warsztatu Terapii
Zajęciowej w Wojstawicach

(imię i nazwisko kandydata)

Do wniosku dołączam kserokopię aktualnego Orzeczenia o Stopniu
Niepełnosprawności ze wskazaniem do terapii.

.....
(podpis kandydata lub prawnego opiekuna)

[Wypełnia Warsztat Terapii Zajęciowej:](#)

Data przyjęcia do WTZ