Załącznik nr 6

DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUNCZO – LECZNICZEGO

(dane opiekuna)

Ja, niżej podpisany(a).....

Stopień pokrewieństwa ……..zamieszkała/y……..

Seria i numer dowodu osobistego .....PESEL……

Telefony kontaktowe…… **wyrażam zgodę na pobyt w ZAKŁADZIE OPIEKUŃCZO-LECZNICZYM W PRZASNYSZU,**

ul. Świerczewo 9.

Wyrażam zgodę (nie wyrażam) na gromadzenie i przechowywanie danych osobowych dotyczących osoby ubiegającej się o skierowanie do Zakładu.

…… ……

Data, miejscowość *Podpis osoby skierowanej do ZOL lub jej przedstawiciel ustawowy*