

**TURNUSY REHABILITACYJNE**  
(uzupełnia pracownik OPS Chorzów)

**Sprawa nr:620.....WNIOSEK.RS.TR.2024 data złożenia.....**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1. Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:            | TAK/NIE               |
| 2. Orzeczenie o niepełnosprawności:               | TAK/NIE               |
| 3. Skierowanie lekarza:                           | TAK/NIE               |
| 4. Oświadczenie o dochodach:                      | TAK/NIE               |
| 5. Upoważnienie/Pełnomocnictwo/Postanowienie sądu | TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY |
| 6. Ankieta:                                       | TAK/NIE               |
| 7. RODO:  | TAK/NIE               |

.....

DATA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK

DO UZUPEŁNIENIA W ZAKRESIE:

1. ....  
.....  
data uzupełnienia
2. ....  
.....  
data uzupełnienia
3. ....  
.....  
data uzupełnienia