**Załącznik Nr 9.**
do Regulaminu rekrutacji
i uczestnictwa w Projekcie

……
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**INFORMACJA O STANIE ZDROWIA KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ W RAMACH PROJEKTU**

**PN. „WSPIERANIE AKTYWNEGO WŁĄCZENIA SPOŁECZNEGO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ORAZ ZWIĘKSZENIE ICH ZDOLNOŚCI DO ZATRUDNIENIA POPRZEZ UTWORZENIE WARSZTATU TERAPII ZAJĘCIOWEJ JAKO PODMIOTU REINTEGRACJI W BORNEM SULINOWIE”**

realizowanego na podstawie umowy Nr FEPZ.06.13-IP.01-0006/24, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021 - 2027, Priorytet 6: Fundusze Europejskie na rzecz aktywnego Pomorza Zachodniego, Działanie 6.13 Aktywna integracja w regionie – Typ 2. Tworzenie podmiotów reintegracyjnych tj. centrów integracji społecznej i klubów integracji społecznej oraz warsztatów terapii zajęciowej i zakładów aktywności zawodowej oraz wsparcie działalności istniejących podmiotów reintegracyjnych.

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dowodu tożsamości .....

Miejsce zamieszkania: .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej
.....
.....
.....

Choroby współistniejące, przebyte operacje
.....
.....
.....

Uczulenia/alergie/nietolerancje
.....
.....
……

Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie): zaopatrzenia ortopedyczne

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

Zalecenia w zakresie usprawniana ruchowego podczas zajęć rehabilitacyjnych (potrzeby i możliwości kandydata)

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

..... .....
(data) (pieczęć i podpis lekarza)