

**Wniosek o przyjęcie
do Zakładu dla Chronicznie Chorych Kobiet**

CZĘŚĆ I. DANE OSOBY, KTÓREJ DOTYCZY WNIOSEK
(wypełnia opiekun)

| LP. | DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ DO PRZYJĘCIA | | UWAGI |
|------------|---|-----------------|--------------|
| | imię i nazwisko | | |
| | nazwisko rodowe | | |
| | imiona rodziców | matka ojciec | |
| | nazwisko rodowe matki | | |
| | data i miejsce urodzenia | | |
| | adres zamieszkania | | |
| | seria i numer dowodu osobistego | | |
| | numer PESEL | | |
| | wyznanie | | |
| | stan cywilny | | |
| | imię małżonka | | |
| | wykształcenie i zawód | | |
| | uprawnienie do emerytury/renty | | |
| | data złożenia wniosku | | |

CZĘŚĆ II.**DANE OPIEKUNA**

(wypełnia opiekun)

| LP. | DANE OPIEKUNA OSOBY ZGŁOSZONEJ | | UWAGI |
|-----|--|--|-------|
| 1. | imię i nazwisko | | |
| 2. | adres zamieszkania | | |
| 3. | numer PESEL | | |
| 4. | stopień pokrewieństwa albo podstawa prawna do sprawowania opieki | | |
| 5. | telefon | | |
| 6. | inne formy kontaktu np. e-mail | | |

CZĘŚĆ III.**OSOBA ODPOWIEDZIALNA ZA POGRZEB**

(wypełnia opiekun)

| LP. | IMIĘ I NAZWISKO | STOPIEŃ POKREWIEŃ- STWA | ADRES | TELEFON |
|-----|-----------------|-------------------------------|-------|---------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |

Zobowiązuję się poinformować ww osoby o przekazaniu ich danych Zakładowi

podpis opiekuna

CZĘŚĆ IV. DECYZJA KWALIFIKACYJNA
(wypełnia dyrektor)

| DECYZJA KWALIFIKACYJNA | UWAGI |
|--|--------------|
| Osoba zgłoszona kwalifikuje się do przyjęcia do Zakładu dla Chronicznie Chorych Kobiet | |

miejsowość i data

podpis dyrektora

CZĘŚĆ V. INFORMACJA O WOLNYM MIEJSCU
(wypełnia dyrektor)

| LP. | DATA ZAWIADOMIENIA O WOLNYM MIEJSCU | DECYZJA/USTALENIE DATY PRZYJĘCIA | UWAGI PODPIS |
|------------|--|---|-------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

**Dwukrotna odmowa
powoduje przesunięcie wniosku na koniec kolejki osób oczekujących.**

Kolejna odmowa spowoduje anulowanie wniosku.

miejsowość i data

podpis dyrektora