

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA ROK 2024

Jméno a příjmení: Datum narození:
Adresa: PSČ:
Telefon: E-mail:
Průkaz: TP* ZTP* ZTP/P* Zdravotní pojišťovna:
Stav hybnosti: BEZ OPORY* HOLE (HŮL)* CHODÍTKO* VOZÍK*

ZÁVAZNĚ SE PŘIHLAŠUJI NA AKCE ROSKA PRAHA, PLÁNOVANÉ PRO ROK 2024

1. Rekondiční rehabilitační pobyty se zdravotním programem (číslo, místo, druh, termín):

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

Doprovod na rekondiční pobyt (platí zejména pro držitele ZTP-P) ANO* NE*

Čestně prohlašuji, že v roce 2024 nepřesáhne má celková účast na dotovaných rekondičních pobytech v souhrnu 21 pobytových dní

2. Individuální rehabilitace

Monada (pro držitele průkazu ZTP/P)	ANO*	NE*
Centrum Rehafit	ANO*	NE*
Půjčka rehabilitačního přístroje	MOTOMED*	ROTOPED*

3. Skupinová rehabilitace

Termín		
Doprava mikrobusem	ANO*	NE*

4. Sociální práce

Mám zájem o informace o akcích sociální rehabilitace	ANO*	NE*
Mám zájem o návštěvy pracovníka v sociálních službách (platí zejména pro držitele ZTP/P), (druh, termín, náplň)	ANO*	NE*

V souladu s nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – dále jen „GDPR“), doplněno doprovodným zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“) beru na vědomí a souhlasím se zpracováváním shora uvedených osobních údajů správcem. Souhlas udělen přílohou č. 1 ke členské přihlášce.

Datum: Podpis žadatele:

VYJÁDRĚNÍ NEUROLOGA K ÚČASTI NA UVEDENÝCH AKCÍCH

Doporučuji: ANO * NE*

Datum: Podpis neurologa a razítko:

*nehodící škrtněte

Pozn.: v případě potřeby použijte druhou stranu této přihlášky

Pozn.: kompletně vyplněnou přihlášku osobně odevzdejte nebo zašlete na adresu organizace:

Unie Roska – reg. org. ROSKA PRAHA, z.p.s. Tusarova 1438/10, 170 00 Praha 7