**DEKLARACJA WYBORU ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO**

Ja, niżej podpisany(a)......................................................................................................................

**wyrażam zgodę na pobyt w:**

……………………………………………..............................…………………………………..………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………..………………………………………………..

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

…………………………………

 miejscowość i data

 *……………………………………………………………………..*

 *Podpis osoby skierowanej do ZOL lub jej przedstawiciela ustawowego*

**OSOBY DO KONTAKTU:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | wiek | Stopień pokrewieństwa | Adres zamieszkania | Nr tel. do kontaktu |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 *…………………………………………………………….*

 *podpis osoby kierowanej do ZOL*