FUNDACJA AKTYWNEJ REHABILITACJI

ANKIETA NA KURS PRAWA JAZDY

DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO:		DATA URODZENIA DD/MM/RR:
ADRES ZAMELDOWANIA ULICA:	NUMER DOMU:	NUMER MIESZKANIA:
KOD POCZTOWY:	MIASTO:	WOJEWÓDZTWO:
TELEFON /PODAĆ NUMER KIERUNKOWY/:	TELEFON KOMÓRKOWY:	E-MAIL / INNY KONTAKT:

POZOSTAŁE INFORMACJE

RODZAJ USZKODZENIA: DATA USZKODZENIA:

☐ TETRAPLEGIA ☐ PARAPLEGIA ☐ INNE SCHORZENIE

PODAJ WYSOKOŚĆ USZKODZENIA, JEŻELI ZAZNACZONE JEST „INNE SCHORZENIE" PODAJ JEGO RODZAJ**:**

CZY POTRZEBUJESZ POMOCY W CZYNNOŚCIACH DNIA CODZIENNEGO TAKICH JAK: /ZAZNACZ WŁAŚCIWE POLE/

☐ TAK ☐ NIE - PRYSZNICOWANIE
☐ TAK ☐ NIE - PRZESIADANIE
☐ TAK ☐ NIE - UBIERANIE
☐ TAK ☐ NIE - INNE:.....

WYKSZTAŁCENIE /PODSTAWOWE, ZAWODOWE, ŚREDNIE, WYŻSZE ITP./**:**

ZAWÓD:

JAKIE JEST TWOJE AKTUALNE ZAJĘCIE?

CZY BRAŁEŚ/AŚ JUŻ UDZIAŁ W PROGRAMIE FAR?

☐ NIE ☐ TAK

W JAKIM:..... KIEDY:.....

TWOJE UWAGI LUB PROPOZYCJE:

ZGŁOSZENIE

JAKI RODZAJ KURSU WYBIERASZ?

☐ KURS PRAWA JAZDY ☐ KURS DOSZKALAJĄCY

PODAJ TERMIN KURSU:

MIESIĄC:..... ROK:.....

"WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH OSOBOWYCH DLA POTRZEB NIEZBĘDNYCH DO REALIZACJI CELÓW STATUTOWYCH FUNDACJI AKTYWNEJ REHABILITACJI" (ZGODNIE Z USTAWĄ Z DN. 29 SIERPNIA 1997 ROKU O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH DZ. U. NR 133 POZ.883)."

DATA: CZYTELNY PODPIS:.....

PO WYPEŁNIENIU PROSZĘ ODESŁAĆ NA ADRES FUNDACJI AKTYWNEJ REHABILITACJI WARSZAWA 02-711 UL. INSPEKTOWA 1

Kontakt: Tomasz Biduś tel.: (022) 651 88 02-03, e-mail: tomasz.bidus@far.org.pl Więcej informacji pod adresem internetowym: http://www.far.org.pl

Kursy Prawa Jazdy FAR organizowane są dzięki finansowemu wsparciu TOYOTA MOTOR POLAND oraz PZU SA.