 

**Nr sprawy ......................**

**…………………………, dnia……………..r.**

**Wniosek o nieodpłatne użyczenie sprzętu rehabilitacyjnego/**

**urządzeń pomocniczych**

Dane osoby ubiegającej się o wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego i urządzeń pomocniczych.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko:…………………………….……………………………………………………………………………………………… | PESEL………………………………………Nr dowodu osobistego:……………………...Wydany przez:……………………………………………………………………………… |
| Adres zamieszkania:…………………………………………………………………………………………………. |
| Data urodzenia:……………………………………………… | Telefon:……………………………………………… |
| Stopień niepełnosprawności:……………………………………………… | Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego/osoby odbierającej sprzęt:……………………………………………………………………………………………… |
| Rodzaj sprzętu, który ma być użyczony:…………………………………………….……………………………………………. | Planowany okres użyczenia:od………………….do…………………….. |

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

 Podpis wnioskodawcy lub przedstawiciela ustawowego

  

**1. Do wniosku dołączam:**

1) Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inne równoważne oraz zaświadczenie lekarskie wskazujące na konieczność korzystania z określonego typu sprzętu.

2) Dowód tożsamości do wglądu.

3) Upoważnienie do działania w imieniu ***Wypożyczającego***

**2. Przedstawiciel ustawowy (dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię (imiona} i nazwisko………………………………………………………………………..

syn/córka (imię ojca)……………………………………………………………………………. dowód osobisty seria…..……nr………...……….wydany w dniu.....................................przez ………………………………....................………nr PESEL……………….........……………. miejscowość………………......……..ulica……………………......nr domu……nr lokalu…… nr kodu……………poczta………………………..powiat…………………….nr tel…………. Ustanowiony opiekunem\* /pełnomocnikiem\*…………………………………………………. (postanowieniem Sądu Rejonowego z dnia ………………sygn.akt\* / na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza…………………………z dn.…………….. repet. nr……………………

\*zaznaczyć właściwe

**Oświadczenie**

 w sprawie wypożyczenia sprzętu

 Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Regulaminem Wypożyczalni**, a także z zasadami udostępniania oraz użytkowania wypożyczonego sprzętu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Ponadto lekarz wydający zalecenie udzielił mi informacji dotyczącej rodzaju zabiegu, czasu i częstotliwości jego trwania.

W okresie wypożyczenia ponoszę pełną odpowiedzialność za wypożyczony sprzęt w tym finansową w przypadku uszkodzenia go podczas wypożyczenia.

………………………………….. ………………………………

 (miejscowość, data) ( podpis wypożyczającego)

  

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych i zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) przyjmuje do widomości poniższe informacje:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie, ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest pod adresem email: rk@ncnetcom.pl lub pd@ncnetcom.pl *,*

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu :

* przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze;
* przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
* w innych przypadkach Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody;

 na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust.2 lit. g - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r ,

4) odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa

5) Pana/Pani dane osobowe przechowywane będą przez okres niezbędny do realizacji wskazanych w pkt. 3 celów, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy prawa*,*

6) posiada Pani/Pan prawo do: żądania od administratora dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub o prawie do wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

8) podanie Pani/Pana danych jest wymogiem ustawowym, wynika z realizacji obowiązków wynikających z przepisów prawa,

………………………………….. ………………………………

 (miejscowość, data) ( podpis wypożyczającego)

  

 *……………………………….. Data …………………………………..*

 *Pieczęć*

 ZAŚWIADCZENIE

 *dla potrzeb Wypożyczalni Sprzętu Rehabilitacyjnego urządzeń pomocniczych*

Imię, Nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia………………………………………………………… Pesel…………………………………………………..

Rozpoznanie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Konieczność użytkowania wymaganego sprzętu rehabilitacyjnego/urządzenia pomocniczego\*

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

*Pacjentowi udzielono informacji dotyczącej rodzaju zabiegu, czasu trwania i częstotliwości zabiegu.*

Okres wypożyczenia ………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………………

 Podpis/Pieczęć lekarza

\*proszę wymienić konkretny sprzęt rehabilitacyjny lub urządzenie pomocnicze

  

 **Oświadczenie**

 w sprawie wypożyczenia sprzętu

Niniejszym oświadczam, że w dniu .................................................. wypożyczyłem/am następujący sprzęt:........................................................................................................................

...................................................................................................................................................... Otrzymałem/am sprzęt w pełni sprawny, zgodnie ze specyfikacją i w dobrym stanie technicznym.

W okresie wypożyczenia ponoszę pełną odpowiedzialność za wypożyczony sprzęt w tym finansową w przypadku uszkodzenia go podczas wypożyczenia.

Zobowiązuję się do jego zwrotu do dnia..........................................................................

Wypożyczony sprzęt zwrócę osobiście osobie wypożyczającej.

………………………………….. ………………………………

 (miejscowość, data) ( podpis wypożyczającego)

  

 …………………………. dnia ……………

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

UPOWAŻNIENIE

Ja………………………………………….…………………………………………………….

urodzony……………..……………….w ………………………………………………………

 ( data urodzenia) ( miejscowość)

legitymujący się dowodem osobistym numer………………………seria…………………….. **upoważniam do odbioru oraz zwrotu wypożyczonego przeze mnie sprzętu rehabilitacyjnego do odbioru sprzętu rehabilitacyjnego** **( terapeutycznego, pomocniczego)**

Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………….

Urodzonego(ą)………..……………….w ………………………………………………………

 ( data urodzenia) ( miejscowość)

legitymujący się dowodem osobistym numer………………………seria……………………..

………………………………………… ………………………………………

Podpis osoby upoważniającej podpis osoby upoważnionej