

**Formularz zgłoszeniowy**  
udziału w grupie wsparcia dla osób otyłych w roku 2016/2017

Imię i nazwisko.....

PESEL

Adres zamieszkania.....

Wzrost .....cm

Masa ciała .....kg

Choroby współistniejące \*:

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

Numer telefonu.....

Adres e-mail.....

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do potrzeb realizacji grup wsparcia wśród osób otyłych.

.....  
(podpis osoby deklarującej udział w grupach wsparcia\*\*)

\* należy dołączyć dokument poświadczający istnienie choroby (wystawiony przez lekarza pierwszego kontaktu bądź specjalistę)

\*\* w przypadku zgłoszenia dziecka formularz zgłoszeniowy podpisuje rodzic/opiekun prawny

*Wypełnia realizator*

Wskaźnik BMI wynosi .....

Pacjent zakwalifikowany do grupy wsparcia

Pacjent nie kwalifikuje się do grupy wsparcia z powodu.....

.....  
podpis



Miasto Toruń



Zadanie finansowane jest ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020.