



POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Meno, priezvisko a titul:

Dátum narodenia: **Rodné číslo:**

Trvalý pobyt: **PSČ:**

Týmto potvrdzujem, že fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie/ poskytovanie sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytovanie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby podľa § 92 ods. 6 zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. *

Dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

* V jej mene a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby môže podať žiadosť, uzatvoriť zmluvu alebo udeliť súhlas aj iná fyzická osoba.

□