



SOCIÁLNE SLUŽBY MESTA TREŇÍN, m.r.o.
PIARISTICKÁ 42
911 01 TREŇÍN

Potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave

podľa ustanovenia § 92 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov

Osobné údaje žiadateľa:

Titul:		
Meno:	Priezvisko:	
Dátum narodenia:	Rodné číslo:	
Adresa trvalého pobytu:		
Mesto:	Ulica, číslo:	PSC:
Poznámka:		

Žiadateľ:

je postihnutý(á) duševnou poruchou* - inou poruchou (fyzickou)*, pre ktorú nemôže samostatne konať vo veciach sociálnych služieb. Podľa ustanovenia § 92 ods. 6 zákona 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, ak fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby alebo uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby, môže v jej mene a na základe potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave tejto fyzickej osoby podať žiadosť alebo uzatvoriť zmluvu aj iná fyzická osoba.

V, dňa

podpis lekára a odtlačok jeho pečiatky