

Ž I A D O S Ť
O POSÚDENIE ODKÁZANOSTI NA DOMÁCU OPATROVATEĽSKÚ SLUŽBU
A
LEKÁRSKY NÁLEZ

Pečiatka

Deň podania žiadosti

13. Ak je žiadateľ bezdetný, kontaktné údaje na príbuzných				
Meno a priezvisko	Príbuzenský pomer k žiadateľovi	Dátum narodenia	Adresa	Telefónne číslo

14. Prečo rodinní príslušníci nemôžu poskytovať potrebnú starostlivosť žiadateľovi? :

.....

.....

.....

15. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu) :

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol/la/ podľa skutočnosti. V prípade uvedenia nepravdivých údajov som si vedomý/á/ právnych dôsledkov z toho vyplývajúcich.

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Mestu Trnava, podľa zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať.

Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v §28 zákona 122/2013 Z.z.

Dňa:

.....
Čitateľný vlastnoručný podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)