

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave

Potvrdzujem, že....., nar.:.....,

(titul, meno a priezvisko)

Rodné číslo:....., trvale bytom.....

.....

Je postihnutý(á) duševnou poruchou* - inou (fyzickou)*, pre ktorú nemôže samostatne konať vo veciach sociálnych služieb v súlade s ustanovením §16 ods. 2 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní v znení neskorších predpisov a nie je schopný (á) vyjadriť súhlas s podaním žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu v zmysle ustanovenia §6 ods. 2 zákona č. 376/2024 o integrovanej posudkovej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Toto potvrdenie sa vydáva za účelom správneho konania o odkázanosti na sociálnu službu v zmysle ustanovenia §6 ods. 2 zákona č. 376/2024 o integrovanej posudkovej činnosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V

Dňa.....

.....

Odtlačok pečiatky a podpis

ošetrojúceho lekára

*nehodiace sa vyčiarknite