**P O T V R D E N I E**

**ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave**

Potvrdzujem, že .................................................................................................................................

(titul, meno, priezvisko)

narodený (á): .......................................................................................................................................

rodné číslo: .........................................................................................................................................

trvalý pobyt: ........................................................................................................................................

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

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

 Odtlačok pečiatky

 a podpis ošetrujúceho lekára

\*nehodiace sa prečiarknite