**P O T V R D E N I E**

**ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave**

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

(titul, meno, priezvisko)

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

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

bytom: .............................................................................................................................................

je **postihnutý (á)** duševnou poruchou\* **- inou poruchou (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 § 92 ods. 6 zákona č.448/2008 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.

Toto potvrdenie sa vydáva za účelom správneho konania o odkázanosti na sociálnu službu v zmysle ustanovenia § 92 ods. 6 zákona č.448/2008 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.

V ..............................................................................

Dňa .........................................................................

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

 Odtlačok pečiatky

 a podpis ošetrujúceho lekára

\*nehodiace sa prečiarknite