



10. Jméno a adresa zákonného zástupce, je-li žadatel zbaven způsobilosti k právním úkonům rozhodnutím soudu

v ..... ze dne ..... č. j. ....

Jméno a příjmení

Přesná adresa

telefon

e-mail

11. Kontaktní osoba:

Přesná adresa:

telefon:

mobilní telefon:

e-mail:

12. Prohlášení žadatele (zákonného zástupce):

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl podle skutečnosti. Beru na vědomí, že nedílnou součástí žádosti je vyjádření lékaře o zdravotním stavu. Ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění, souhlasím, aby údaje uvedené v žádosti a vyjádření lékaře byly použity při řízení o přijetí do ústavu sociální péče.

Dne:

.....

Vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

13. Vyjádření ústavního lékaře o vhodnosti umístění žadatele:

Potvrzuji, že žadatel je podle zdravotní dokumentace vhodný pro umístění do Domova důchodců Albrechtice nad Orlicí v souladu s cílovou skupinou zařízení, kterou jsou senioři s Alzheimerovou demencí, kteří nemají dostatek fyzických nebo psychických sil aby mohli zůstat doma, a to ani s pomocí rodiny a dostupných terénních služeb.

Datum

.....

MUDr. Martin Řezáč