

## Potvrdenie ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave

Potvrdzujem, že ....., nar.: .....,  
(*titul., meno, priezvisko*)

rodné číslo:....., trvalý pobyt: .....

je postihnutá(ý) 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 schopná(ý) 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.

Toto potvrdenie sa vydáva za účelom správneho konania o odkázanosti na sociálnu službu v zmysle 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.

V: .....

Dňa: .....

.....  
*odtlačok pečiatky a podpis  
ošetrujúceho lekára*

---

\* *nehodiace sa vyčiarknite*