

Datum podání žádosti - podací razítko



## ŽÁDOST O PŘIJETÍ DO DOMOVA PRO SENIORY DOBŘICHOVICE

|            |                  |           |
|------------|------------------|-----------|
| Žadatel/ka | Jméno, příjmení: | rozená/ý: |
|------------|------------------|-----------|

Narozen/a (den,měsíc,rok)

Trvalé bydliště:

Aktuální místo pobytu:

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| Kontaktní telefon/mobil:* | Email* |
|---------------------------|--------|

Kontaktní osoby (jméno, příjmení, adresa, kontaktní telefon):\*

Státní příslušnost:

Jméno a adresa opatrovníka, je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům (popř. zástupce na základě smlouvy k zastupování nebo zmocněnce na základě plné moci)

(rozhodnutí soudu v.....ze dne.....č.j.....)

Místo pro sdělení, na která nezbylo místo v žádosti:

**Prohlášení žadatele/ky (zákonného zástupce):**

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl pravdivě. Jsem si vědom toho, že nepravdivé údaje by měly za následek případné požadování náhrady vzniklé škody, event. ukončení schůzky s poskytovatelem. V souladu s Obecným nařízením Evropské unie (EU) na ochranu osobních údajů a se zákonem č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, svým podpisem uděluji souhlas ke zjišťování, shromažďování a uchovávání mých osobních údajů pro posouzení mé žádosti, a to až do doby jejich archivace a skartace. Zároveň souhlasím s tím, že pracovníci pověřeni vyřizováním žádosti (komise v zařízení) se seznámili se všemi údaji uvedenými v této žádosti a jejich přílohách.

**Dne:**

**čitelný vlastnoruční podpis žadatele/ky nebo jeho zákonného zástupce**

(zákonný zástupce uvede adresu)

**čitelný vlastnoruční podpis žadatele/ky nebo jeho zákonného zástupce**

**Přílohy:**

- Vyjádření ošetřujícího lékaře
- Podmínky zpracování osobních údajů zájemců o sociální služby Domova pro seniory Dobřichovice - Žadatel/ka, Kontaktní osoba(y)

---

**\*) nepovinný údaj, nebo nepovinná příloha**

---