**Potvrdenie**

(v zmysle § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov)

Ako ošetrujúci lekár fyzickej osoby:

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

(meno a priezvisko, dátum narodenia, rodné číslo, adresa trvalého pobytu )

(ďalej len ako „fyzická osoba“ a/alebo „záujemca o poskytovanie sociálnej služby“)

týmto

**p o t v r d z u j e m ,**

že menovaná fyzická osoba vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sama podať žiadosť o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu, podať žiadosť o zabezpečenie poskytovania sociálnej služby, uzatvoriť zmluvu o poskytovaní sociálnej služby alebo udeliť súhlas na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby.

Toto potvrdenie sa vydáva v zmysle § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov na účely:

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

(uviesť)

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

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára