

8. Jméno a adresa praktického lékaře.....

9. Zavedená pečovatelská služba ANO NE (zaškrtněte)

10. Osoba, jež má být kontaktována nebo informována o evidenci žádosti či přijetí žadatele/ky

Jméno, příjmení a adresa.....

telefon:.....

e-mail:.....

11. Svým podpisem dávám souhlas s nakládání osobních a citlivých údajů dle zák. č 101/2000 Sb., pro evidence žádostí do zařízení CSP Litoměřice, p. o. a případné poskytování služeb sociální péče, dle 108/2006 Sb.

12. K žádosti musíte doložit:

1. Vyplněné lékařského vyjádření

.....
Čitelný vlastnoruční podpis žadatele/ky
(nebo soudem určeného opatrovníka)

V.....

dne.....