Žiadosť

 o umiestnenie v DSS pre ŤZP Topoľová 6 Nitra

Podpísaný žiadateľ (resp. zákonný zástupca, opatrovník, lekárom uvedená osoba ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať alebo iná osoba v zmysle plnej moci) žiadam, aby do DSS pre ŤZP s ambulantnou formou služby na Topoľovej č.6, 949 01 Nitra bol (a) prijatý (á):

1. Meno a priezvisko....................................................................................................................
2. Dátum narodenia....................................................... Rodné číslo:.........................................
3. Trvalý pobyt.............................................................................................................................
4. Navštevuje školu (alebo iné)....................................................................................................

5. Zákonný zástupca:

Meno a priezvisko..................................................................................................................

Príbuzenský vzťah..................................................................................................................

Trvalé bydlisko......................................................................................................................

Zamestnanie...........................................................................................................................

6. Súdom určený opatrovník :

Meno a priezvisko..................................................................................................................

Príbuzenský vzťah..................................................................................................................

Trvalé bydlisko.......................................................................................................................

Zamestnanie............................................................................................................................

7. Kontakt na klienta alebo jeho zástupcu: tel. číslo: ..........................................

 email: ..........................................

8. Dôvod potreby sociálnej služby:

Vyhlasujem, že všetky údaje v tejto žiadosti som uviedol podľa skutočnosti a som si vedomý dôsledkov uvedenia nepravdivých informácií.

V Nitre, dňa ...........................

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

Podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu, opatrovníka, lekárom uvedenej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať alebo inej osoby v zmysle plnej moci)

**Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Vaše osobné údaje a údaje zákonného zástupcu, opatrovníka, lekárom uvedenej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať alebo inej osoby v zmysle plnej moci spracúvame na základe zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a bude s nimi nakladané podľa Nariadenia EP a rady /EU/ 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a tiež podľa zákona NR SR č. 18/2018 o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

V ............................................ dňa ..........................

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

Podpis žiadateľa

(resp. zákonného zástupcu, opatrovníka, lekárom uvedenej osoby ak sa žiadateľ zo zdravotných dôvodov nedokáže podpísať alebo inej osoby v zmysle plnej moci)