



# MESTO LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ

MESTSKÝ ÚRAD, ODDELENIE SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

## POTVRDENIE

Ako ošetrojúci lekár fyzickej osoby:

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

Dátum narodenia: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého pobytu: \_\_\_\_\_

týmto

**potvrďujem,**

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 a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov v platnom znení na účely:

\_\_\_\_\_  
(uviesť)

\_\_\_\_\_  
Pečiatka a podpis  
ošetrojúceho lekára