



MESTO LIPTOVSKÝ MIKULÁŠ

MESTSKÝ ÚRAD, ODBOR SOCIÁLNY, ODD. SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

S Ú H L A S

na poskytnutie sociálnej služby na účely odľahčovacej služby

Fyzická osoba (*opatrovaná osoba*):

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____

Adresa trvalého pobytu: _____

týmto

u de ľ u j e m s ú h l a s ,

na poskytnutie sociálnej služby - _____ na

účely odľahčovacej služby v termíne od _____ do _____ .

podpis fyzickej osoby