



Docházíte do psychiatrické ambulance? (prosím zakroužkujte)

ANO X NE

Pokud ano, prosím vypište jméno psychiatrického lékaře

Zdravotní znevýhodnění týkající se nezletilého dítěte (prosím zakroužkujte)

ANO X NE

Pokud ano, prosím vypište:

2/2

#### Prohlášení zájemce

**Souhlasím**, aby údaje v žádosti byly použity pro účely přijetí do služby sociální rehabilitace a to v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

**Souhlasím** se zařazením do čekací listiny zájemců o službu v případě, že je v době podání mé žádosti naplněna kapacita sociální služby.

Dne .....

V .....

Podpis zájemce o službu .....

Prosím, tuto část NEVYPLŇUJTE.

#### Potvrzení o přijetí žádosti

Jméno, příjmení a podpis pracovníka, který žádost přijal:

Datum přijetí:

Razítko: