|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZÁJEMCE O SOCIÁLNÍ SLUŽBU DOMOVA PRO SENIORY** | | |
| Příjmení, jméno: | | |
| Datum narození: | Rodné číslo: | |
| Trvalé bydliště (ulice, č.p., město, PSČ): | | |
| Telefon: | e-mail: | |
| **KONTAKTNÍ OSOBA** | | |
| Příjmení, jméno: | | |
| Vztah k zájemci: | | |
| Telefon: | e-mail: | |
| **ÚDAJE O ZÁKONNÉM ZÁSTUPCI ČI OPATROVNÍKOVI, JE-LI ZÁJEMCE OMEZEN VE SVÉPRÁVNOSTI** | | |
| Příjmení, jméno: | | |
| Vztah k zájemci: | | |
| Adresa (ulice, č.p., město, PSČ): | | |
| Telefon: | | e-mail: |
| **TERMÍN NÁSTUPU:** | | |
| **PROHLÁŠENÍ ŽADATELE** (zákonného zástupce – opatrovníka)  Prohlašuji, že jsem veškeré údaje v této žádosti uvedl pravdivě. V souladu se zákonem č. 101/2000 sb. O ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a v souladu s **nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů**, svým podpisem souhlasím se zjišťováním, shromažďováním, zpracováváním a uchováním osobních údajů, potřebných pro zajištění pobytové služby – Senior Centrum Čtyřlístek, a to až do doby jejich archivace. | | |
| *K žádosti přiložte: lékařskou zprávu, kopii rozsudku o omezení ve svéprávnosti a ustanovení opatrovníka (v případě, že je zájemce omezený ve svéprávnosti)* | | |
| DATUM: | | PODPIS: |
| ŽÁDOST PŘJATA DNE: | | JMÉNO A PODPIS PRACOVNÍKA: |