



MESTO BANSKÁ BYSTRICA
MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí
Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti

ŽIADOSŤ O POSKYTNUTIE REGENERAČNO-REKONDIČNÝCH SLUŽIEB V DOMÁCNOSTI

Žiadateľ:

1. Meno a priezvisko:

2. Dátum narodenia: Rodné číslo:

3. Trvalý pobyt: PSČ:

Prechodný pobyt: PSČ:

4. Kontaktné údaje:

Telefón: E-mail:

Kontakt na príbuzných:

(meno a priezvisko, vzťah)

Telefón: E-mail:

5. Bytové pomery žiadateľa (hodiace sa označte „X“):

rodinný dom byt

6. Odôvodnenie žiadosti o poskytnutie regeneračno-rekondičných služieb v domácnosti:

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



7. Osoby žijúce so žiadateľom v spoločnej domácnosti:

Meno a priezvisko	Adresa	Telefón e-mail	Príbuzenský vzťah	Dátum narodenia

8. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, resp. rodinného príslušníka):

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý(á) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa

.....
podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)

9. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov:

„Osobné údaje dotknutých osôb sa spracúvajú v súlade s NARIADENÍM EURÓPSKEHO PARLAMENTU A RADY (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Informácie o spracúvaní osobných údajov prevádzkovateľom sú vám plne k dispozícii na webovom sídle <https://www.banskabystrica.sk/urad/ochrana-osobnych-udajov/>, ako aj vo fyzickej podobe v sídle a na všetkých kontaktných miestach prevádzkovateľa.“

Dňa

.....
podpis žiadateľa
(zákonného zástupcu)





MESTO BANSKÁ BYSTRICA
MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí
Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti

Vyjadrenie lekára o zdravotnom stave žiadateľa

Diagnóza a popis zdravotného stavu/rehabilitačná diagnóza:

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

Konkrétne odporúčenie k procedúre - individuálne cvičenie:

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

súhlasím nesúhlasím s poskytovaním procedúry - individuálne cvičenie.

Dňa

.....
pečiatka a podpis odborného lekára

