**MESTSKÝ ÚRAD, Odbor sociálnych vecí**

**Oddelenie služieb dlhodobej starostlivosti**

**VYJADRENIE LEKÁRA O ZDRAVOTNOM STAVE ŽIADATEĽA k poskytnutiu sociálnej služby**

**Žiadateľ:**

**Meno a priezvisko:** ...................................................................................................................................

**Dátum narodenia:** ...................................................................... **Rodné číslo:** .........................................

**Trvalý/ prechodný pobyt:** .........................................................................................................................

**Kontaktné údaje:**

**Telefón:** ...................................................... **E-mail:** ..................................................................................

**Vyjadrenie lekára:**

Žiadateľovi vzhľadom na nepriaznivý zdravotný stav  **odporúčam  neodporúčam**

poskytovanie sociálnej služby:  prepravná služba

požičiavanie pomôcok

donáška obedov do domácnosti

monitorovanie a signalizácia potreby pomoci

Dňa ….............................

….................................….......................................

pečiatka a podpis lekára