

<p><b>O B E C</b> Zariadenie pre seniorov 913 32 Dolná Súča č. tel. : 032 / 65 931 61</p>	<p><b>Ž I A D O S Ť</b>  o zabezpečenie sociálnej služby  <b>Prepravná služba</b></p>	<p>Zaevidované :</p>
<p><b>1. Žiadateľ :</b> _____</p> <p>meno a priezvisko (aj rodné) , titl.</p>		
<p><b>2. Dátum narodenia :</b> _____</p> <p>deň, mesiac, rok miesto okres</p>		
<p><b>3. Rodné číslo :</b> _____ <b>Číslo OP :</b> _____</p>		
<p><b>4. Bydlisko :</b> _____</p> <p>obec číslo PSČ</p>		
<p><b>5. Štátne občianstvo :</b> _____ <b>národnosť' :</b> _____</p>		
<p><b>6. Odôvodnenie žiadosti :</b> _____ _____</p>		
<p><b>7. Miesto zdravotného vyšetrenia (ambulancia a presná adresa) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ ZS v Dolnej Súči</li><li>➤ ZS v Hornej Súči</li><li>➤ Nemšová : _____</li><li>➤ Trenčín : _____</li></ul> <p>_____</p>		
<p><b>8. Mesiac, na ktorý sa požaduje prepravná služba :</b> _____</p>		

**9. Kontakt (vlastný prípadne na príbuzných) :**

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

**Príbuzenský vzťah :** .....

**Bydlisko :** .....

**Telefónne číslo :** .....

**10. Súhlas dotknutej osoby so spracovaním osobných údajov**

Týmto udeľujem súhlas so spracovaním mojich osobných údajov poskytnutých Obecnému úradu Dolná Súča, v zmysle zákona č. 18 / 2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov a Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti. Súhlas so spracovaním osobných údajov sa poskytuje na dobu neurčitú a môže byť kedykoľvek odvolaný rovnakým spôsobom akým bol udelený (§14).

\_\_\_\_\_  
**vlastnoručný podpis žiadateľa\***  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

**11. Vyhlásenie žiadateľa (zákonného zástupcu, rodinného príslušníka) :**

Čestne vyhlasujem, že všetky uvedené údaje v žiadosti sú pravdivé a som si vedomá (ý) právnych následkov uvedenia nepravdivých údajov.

Dňa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Vlastnoručný podpis žiadateľa\***  
(zákonného zástupcu alebo rodinného príslušníka)

V \_\_\_\_\_

\* Ak občan vzhľadom na svoj zdravotný stav nemôže sám podať žiadosť, môže s jeho súhlasom a na základe potvrdenia ošetrojúceho lekára o zdravotnom stave tohto občana podať žiadosť manžel, manželka, rodičia a jeho deti, ak sú spôsobilí na právne úkony.

