

---

meno, priezvisko a adresa ošetrujúceho lekára

## P O T V R D E N I E

Potvrdzujem, že ....., nar.: .....  
(titl., meno, priezvisko, rodné priezvisko)

bytom: .....

je postihnutá(ý) duševnou poruchou\* - **inou poruchou (fyzickou)\***, pre ktorú nemôže samostatne konať vo veciach sociálnych služieb v súlade s ustanovením § 16 ods. 1 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní v znení neskorších predpisov.

Toto potvrdenie sa vydáva za účelom správneho konania o odkázanosti na sociálnu službu v zmysle ustanovenia § 92 ods. 6 zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

V: .....

Dňa: .....

.....  
*pečiatka a popis  
ošetrujúceho lekára*