Obec Strážné, 543 52 Strážné, Strážné 129

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ž Á D O S T**

o přidělení bytu v Domě pro seniory Strážné č.p. 114 (DPS Strážné)

**Žadatel č. 1:**

Jméno, příjmení …………………………………………………………………………

Datum narození …………………………………………………………………………

Bydliště ………………………………………………………………………….

Kontaktní údaje ………………………………

**Čestné prohlášení žadatele:**

Čestně prohlašuji, že **nevlastním žádnou nemovitou věc určenou k bydlení**. ANO / NE \*

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami uvedenými ve Statutu Domu pro seniory a ve vzorové nájemní smlouvě a souhlasím s nimi.

V souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobním údajů a na základě směrnice EU GDPR 2016/679, souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů o mé osobě v souvislosti s vedením a projednáváním mé žádosti o přidělení bytu v DPS Strážné.

Prohlašuji, že mnou uvedené údaje v žádosti jsou pravdivé k níže uvedenému datu.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žadatele

\* nehodící se škrtněte

**Potvrzení praktického lékaře o zdravotní způsobilosti žadatele** k přijetí do DPS Strážné:

Potvrzuji, že pan/paní \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bytem

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, je zdravotně způsobilý/á k přijetí do DPS Strážné. Kontraindikace pro přijetí: infekční onemocnění, hrozící nebezpečí přenosu infekce, trvalé upoutání na lůžko, psychiatrické onemocnění, alkoholismus, toxikomanie, asociální jednání.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis, razítko ošetřujícího praktického lékaře

**Žadatel č. 2 (vyplňte pouze v případě, že žádáte o společné bydlení):**

Jméno, příjmení …………………………………………………………………………

Datum narození …………………………………………………………………………

Bydliště ………………………………………………………………………….

Kontaktní údaje ………………………………

**Čestné prohlášení žadatele:**

Čestně prohlašuji, že **nevlastním žádnou nemovitou věc určenou k bydlení**. ANO / NE \*

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami uvedenými ve Statutu Domu pro seniory a ve vzorové nájemní smlouvě a souhlasím s nimi.

V souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobním údajů a na základě směrnice EU GDPR 2016/679, souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů o mé osobě v souvislosti s vedením a projednáváním mé žádosti o přidělení bytu v DPS Strážné.

Prohlašuji, že mnou uvedené údaje v žádosti jsou pravdivé k níže uvedenému datu.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis žadatele

\* nehodící se škrtněte

**Potvrzení praktického lékaře o zdravotní způsobilosti žadatele** k přijetí do DPS Strážné:

Potvrzuji, že pan/paní \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bytem

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, je zdravotně způsobilý/á k přijetí do DPS Strážné. Kontraindikace pro přijetí: infekční onemocnění, hrozící nebezpečí přenosu infekce, trvalé upoutání na lůžko, psychiatrické onemocnění, alkoholismus, toxikomanie, asociální jednání.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis, razítko ošetřujícího praktického lékaře