

## Príloha č. 1



ZDRUŽENIE OBCÍ MIKROREGIÓNU NOVÁ BAŇA A OKOLIE CENTRUM INTEGROVANEJ SOCIÁLNO-ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI, BERNOLÁKOVA 11, 968 01 NOVÁ BAŇA

### Žiadosť o zapožičanie pomôcky

#### 1. Údaje o žiadateľovi

Meno a priezvisko	
Dátum narodenia:	Rodinný stav:
Trvalý pobyt:	Číslo telefónu:
Prechodný pobyt:	Štátna príslušnosť:
Poberateľ dôchodku:	Druh dôchodku:

#### 2. Údaje o zákonom zástupcovi (vyplňte v prípade ak osoba ktorej sa má služba poskytnúť nie je spôsobilá na právne úkony)

Meno a priezvisko
Adresa: trvalého pobytu prechodného pobytu
Dôvod zastúpenia:
Telefónny kontakt

### 3. Odôvodnenie poskytovania zdravotnej pomôcky

.....
.....
.....
.....
.....
.....
Na určitý čas: od.....do.....

### 4. Názov pomôcky

--

### 5. Vyhlásenie žiadateľa

Čestne vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol(a) pravdivo. Som si vedomý(á) právnych následkov, uvedenia nepravdivých údajov ako aj toho, neprávom prijaté služby som povinný(á) nahradiť. Súhlasím s vyžiadanim údajov o mojej osobe potrebných pre poskytovanie sociálnej služby – požičiavanie pomôcok.
--

### 6. Súhlas so spracovaním osobných údajov

Nižšie podpísaná dotknutá osoba dávam súhlas so spracovaním osobných údajov v zmysle § 5 písm. a) a v zmysle § 14 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
--

Dátum:

.....

Podpis