



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE

o zdravotním stavu žadatele o sociální službu v Domě na půl cesty sv. Josefa (pobytová služba)

Jméno a příjmení žadatele:

Datum narození:

Bydliště:

Duševní stav (není nutné uvádět diagnózy):

– vyplňte prosím, zda žadatel **MÁ nebo NEMÁ** projevy narušující kolektivní soužití:

- je tedy žadatel schopen být v pobytové sociální službě? **ANO x NE**

Potvrzení o bezinfekčnosti:

Potvrzuji, že výše uvedený žadatel/ka netrpí žádným infekčním onemocněním a ani se v poslední době nesetkal(a) s osobou takovým onemocněním trpící. **ANO x NE**

Upozorňuji, že žadatel/ka má akutní infekční onemocnění, které vylučuje pobyt v sociální službě. **ANO x NE**

V..... dne.....

Podpis a razítko lékaře