

# **Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Příspěvková organizace

Dukelská 28

431 86 Kovářská

## **Prohlášení žadatele o poskytování sociální služby**

Jméno a příjmení .....

Rodné číslo .....

Svým podpisem dávám výslovný souhlas k tomu, aby všechny potřebné doklady vztahující se k mé osobě v žádosti o poskytování sociální služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením Kovářská, příspěvková organizace, byly zpracovány pověřeným pracovníkem a v případě naplněné kapacity byly zařazeny do pořadníku čekatelů.

V Kovářské, dne ..... Podpis a žadatele .....