



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

**Potvrzení o zdravotním stavu pro poskytnutí pobytové sociální služby v azylovém domě**

1. Pan/í:.....
2. Bydliště ..... Datum narození:.....
3. Jméno dítěte, datum narození.....  
Jméno dítěte, datum narození.....  
Jméno dítěte, datum narození.....  
Jméno dítěte, datum narození.....  
Jméno dítěte, datum narození.....

Potvrzuji, jako registrující lékař, že zájemce/ děti splňují zdravotní způsobilost pro poskytnutí služby Azylové domy dle zákona 108/06 Sb., ve znění pozdějších předpisů a dle prováděcí vyhlášky 505/2006 Sb., § 36 ZDRAVOTNÍ STAVY VYLUČUJÍCÍ POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.

**Potvrzuji, že:**

- a) zdravotní stav osoby **vyžaduje/nevyžaduje** poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba **je/není** schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem **narušovalo/nenarušovalo** kolektivní soužití

Domov svaté Agáty Břeclav, Komenského 6, 691 41 Břeclav, je určen pro přechodné ubytování dospělým těhotným ženám a dospělým osobám s dětmi v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Uživatel služby je s dětmi ubytován v bytové jednotce s vlastním sociálním zařízením.  
Nejedná se o léčebné zařízení, nejedná se o zařízení se zvláštním režimem

V ..... dne ..... Razítko a podpis praktického lékaře:

V ..... dne ..... Razítko a podpis dětského lékaře