



**V případě omezení způsobilosti k právním úkonům  
– kontakt na zákonného zástupce:**

Jméno, příjmení .....

Adresa: .....

Telefonické spojení .....

**Prohlášení žadatele**

Žadatel (zákonný zástupce) podpisem stvrzuje, že veškeré údaje v žádosti jsou uvedeny pravdivě a mohou být využity pro účely vedení evidence žádosti.

Žadatel podpisem dává souhlas se zpracováním osobních údajů uvedených v *Žádosti a Vyjádření lékaře* pro přijímací řízení ve smyslu Nařízení EU 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů – GDPR a zákona č. 110/2019 o zpracování os. údajů.

.....  
**vlastnoruční podpis žadatele**

**Níže uvedené vyplňuje pracovník DO JUSTYNKA**

Datum podání žádosti: .....

Datum převzetí kompletní žádosti: .....

Datum případného odmítnutí žádosti: .....

**Přílohy k žádosti:**

1. **Vyjádření lékaře**, popř. aktuální lékařská zpráva
2. Rozhodnutí soudu o určení zákonného zástupce pro zastupování (má-li žadatel opatrovníka/zástupce)
3. Potvrzení lékaře o neschopnosti podpisu (není-li zájemce schopen podpisu)