



**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.

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

**Níže uvedené vyplňuje pracovník DO JUSTYNKA**

Datum podání žádosti: .....

Datum převzetí kompletní žádosti: .....

Datum případného odmítnutí žádosti: .....

Požadavky žadatele na službu: .....

.....

Přílohy k žádosti:

1. Lékařská zpráva
2. Rozhodnutí soudu o určení zákonného zástupce pro zastupování

Souhlasím s tím, že výše uvedené údaje budou využity k evidenci této  
žádosti v počítačovém programu.