

**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 a volném pohybu těchto údajů – GDPR.

.....
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)