 **ŽÁDOST O PŘIJETÍ**

 ***Dům s pečovatelskou službou, Zámek Borotín***

**ŽADATEL/KA:**

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: …………………………………………………………………….

DATUM NAROZENÍ: …………………………………………………………………….

TRVALÉ BYDLIŠTĚ: …………………………………………………………………….

TELEFON/ EMAIL: ……………………………………………………………………….

POŽADAVEK NA BYT:

* Jednopokojový
* Dvoupokojový

ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM ÚKONŮM: *ANO – NE – ČÁSTEČNĚ*

***KONTAKTNÍ OSOBA/ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:***

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: ………………………………………………………….…………….

VZTAH K ŽADATELI: ………………………………………………………………………..

KONTAKTNÍ ADRESA: ………………………………………………………………………

TELEFON: ……………………………………E-MAIL : ……………………………………

**Prohlášení žadatele nebo jeho zákonného zástupce**: Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl/a pravdivě. Informace o zpracování osobních údajů (dále jen OÚ): Nakládání s OÚ se řídí platnými právními předpisy, zejména zákonem o ochraně osobních údajů a nařízením Evropského parlamentu a Rady č. 2016/679 ze dne 27.4.2016. OÚ jsou zpracovány v rozsahu: jméno, příjmení, datum narození, trvalý pobyt, telefon/mobil, výše PNP, popis dlouhodobého nepříznivého zdravotního stavu. OÚ jsou zpracovávány v souladu s ustanovením čl. 6 odst. 1 písm. c) obecného nařízení o ochraně osobních údajů k účelu evidence žadatelů o poskytování sociální služby. OÚ jsou zpracovávány po dobu nezbytně nutnou k zajištění vzájemných práv a povinností vyplývajících z podání žádosti o poskytování sociální služby, případně k dosažení účelu, tj. zahájení poskytování sociální služby. OÚ jsou zpracovány elektronicky a manuálně pracovníky poskytovatele sociální služby – Správce OÚ.

**Poučení žadatele o jeho právech**: právo požádat Správce o poskytnutí informace o zpracování jeho OÚ, právo na opravu nepřesných OÚ, které se týkají žadatele, právo na doplnění neúplných OÚ, právo na výmaz OÚ, které se týkají žadatele, právo na omezení zpracování OÚ, právo získat OÚ, které se týkají žadatele, jež Správci poskytl, právo na přenositelnost OÚ, právo podat stížnost Úřadu pro ochranu osobních údajů (Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, www.uoou.cz), pokud se žadatel domnívá, že došlo k porušení právních předpisů v souvislosti s ochranou jeho OÚ.

V ………………………………dne ……………………….

 ……………………………………………………………………………..…….

 Čitelný vlastnoruční podpis žadatele nebo jeho zákonného zástupce

**K žádosti přiložte:**

Vyjádření lékaře