**Potvrzení o zdravotní způsobilosti**

Zákonem o sociálních službách **č. 108/2006 Sb.,** ve znění pozdějších předpisů, je upraveno poskytování sociálních pobytových služeb – azylové domy – zájemcům v rámci jejich zdravotního stavu.

Zdravotní stav vylučující poskytování sociálních pobytových služeb (azylové domy) - dle prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., § 36:

1. zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
2. osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci
3. chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití

**Jméno a příjmení zájemkyně**: ………………..………………..……………datum narození: ……………..……

Vyjádření lékaře:

………………………………………………………………….……………………………………………………………………………

……………………………………………………….………………………………………………………………………………………

**Jméno a příjmení dítěte:** ………………………………………………..…… datum narození: ……………..……

Vyjádření lékaře:

………………………………………………………………………….……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………

**Jméno a příjmení dítěte:** ………………………………………………..…… datum narození: ……………..……

Vyjádření lékaře:

………………………………………………………………………….……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………

**Jméno a příjmení dítěte:** ………………………………………………..…… datum narození: ……………..……

Vyjádření lékaře:

………………………………………………………………………….……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………

**Jméno a příjmení dítěte:** ………………………………………………..…… datum narození: ……………..……

Vyjádření lékaře:

………………………………………………………………………….……………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………….………

Potvrzuji jako registrující praktický lékař, že zdravotní stav zájemkyně a jejích děti umožňuje pobyt v azylovém domě.

Dne: ………………..….... ………………………………………….………

Podpis a razítko lékaře pro dospělé

Dne ………………..….... ………………………………………….………

Podpis a razítko lékaře pro děti a dorost