**ŽÁDOST O POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení** **zájemce o službu:** |
| **Datum narození:** |
| **Trvalé bydliště:** | **Telefon:** |
| **Město:**  | **PSČ:** | **e-mail:** |
| Adresa současného pobytu, pokud je jiná než trvalé bydliště:**Ulice a čp.:****Město, PSČ:** |
| **JEDNÁNÍ V ZASTOUPENÍ** (dle § 45; § 49; § 55 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku)  |
| Stupně *(prosím zaškrtněte X)* | **Osoba pověřena zastupováním** ***(jméno, příjmení, kontaktní údaje)*** |
|   | Nápomoc při rozhodování / podpůrce |  |
|  | Zastoupení členem domácnosti |  |
|  | Osoba zastoupena opatrovníkem |  |

**SOCIÁLNĚ-TERAPEUTICKÁ DÍLNA EFFATHA KOPŘIVNICE**

Dne …………………………… ………………………………………………………………

 *(jméno, příjmení a podpis zájemce a/nebo opatrovníka)*