

**ŽIADOSŤ**  
**o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu**

1. Žiadateľ: .....  
Priezvisko ..... Meno .....
2. Narodený: .....  
deň, mesiac, rok ..... ČOP .....
3. Trvalý pobyt: ..... PSC: .....
4. Štátna príslušnosť: .....
5. Rodinný stav: .....
6. Druh a forma sociálnej služby: .....
7. Meno a priezvisko, adresa zákonného zástupcu, ak je žiadateľ zbavený spôsobilosti na právne úkony:  
(Priložiť právoplatné rozhodnutie Okresného súdu):  
.....
8. telefón:.....
9. Týmto udeľujem výslovný súhlas so spracovaním osobných údajov poskytnutých Mestu Galanta, Mierové námestie 940/1, 924 01 Galanta, podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a Zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, ktoré sú uvedené v tejto žiadosti na účel posúdenia odkázanosti na sociálnu službu. Súhlas so spracovaním osobných údajov platí do doby jeho písomného odvolania. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať. Zároveň beriem na vedomie, že práva dotknutej osoby sú upravené v kapitole III Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecne nariadenie o ochrane údajov). Správnosť údajov uvedených v žiadosti o posúdenie odkázanosti na sociálnu službu potvrdzujem svojim podpisom.

Dňa: .....

.....  
Vlastnoručný podpis žiadateľa  
/zákonného zástupcu/

Prílohy k žiadosti:

- Lekársky nález
- Potvrdenie o výške príjmu/dôchodku