

VYJÁDŘENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE

Pan(í):

jméno a příjmení : rod. číslo :

trvale bytem :

t.č. umístěn v :

Potvrzuji, že jmenovaná osoba, **pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění** obecním úřadem podle zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů:

1. **není** schopna podepsat se, **ale je schopna** jednat samostatně a vnímat obsah doručovaných písemností *)
2. **není** schopna podepsat se, ani jednat samostatně a vnímat obsah doručovaných písemností *)
3. je zvláště těžce zdravotně postižená, s níž se nelze dorozumět ani prostřednictvím tlumočnicka nebo prostředníka *)
4. je stížená **přechodnou** duševní poruchou, která ji brání samostatně jednat v úředních řízeních *)
5. je stížená **trvalou** duševní poruchou, která ji brání samostatně jednat v úředních řízeních *)

Poznámka :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vyjádření ošetřujícího lékaře se vydává na žádost výše jmenovaného.

V dne:

.....
razítko a podpis lékaře

.....
*) *zakroužkujte odpovídající čísla neschopnosti či postižení (může být zakroužkováno i více možností)*

Nehodící se škrtněte.