
Zdravstveni zavod / ambulanta (naziv in naslov)

Z D R A V N I Š K O M N E N J E

za najem namenskega najemnega stanovanja po neprofitni najemnini na naslovu Ljubljanska cesta 4,
Radovljica

1. Prosilec za najem namenskega najemnega stanovanja po neprofitni najemnini:

Ime in priimek: _____

Stalno prebivališče: _____

EMŠO: _____

2. Psihofizične sposobnosti prosilca (ustrezno obkrožite SAMO ENO točko):

a) psihofizične sposobnosti prosilcu/ki omogočajo samostojno bivanje;

b) preostale psihofizične sposobnosti prosilcu/ki omogočajo, da z redno organizirano pomočjo drugega in z zagotovljenim zdravstvenim varstvom ohranja zadovoljivo duševno in telesno počutje in samostojnost v bivalnem okolju tako, da NE POTREBUJE popolnega institucionalnega varstva v zavodu oz. domu starejših;

c) preostale psihofizične sposobnosti prosilcu/ki NE omogočajo samostojnega bivanja v stanovanju. Prosilec/ka POTREBUJE popolno institucionalno varstvo v zavodu oz. domu starejših.

Opomba: Zdravniško mnenje se izdaja zgolj za potrebe odločanja o prijavi prosilca za najem namenskega najemnega stanovanja po neprofitni najemnini oz. v postopku dodelitve namenskega najemnega stanovanja po neprofitni najemnini v najem in morebitne sklenitve najemne pogodbe.

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

Soglasje prosilca za obdelavo osebnih podatkov:

Podpisani _____ dovoljujem obdelavo mojih osebnih podatkov o mojih psihofizičnih sposobnostih za potrebe uveljavljanja pravice do najema namenskega najemnega stanovanja po neprofitni najemnini na naslovu Ljubljanska cesta 4, Radovljica, v lasti Nepremičninskega sklada pokojninskega in invalidskega zavarovanja, d.o.o., Ljubljana.

Kraj in datum:

Podpis prosilca: