
Zdravstveni zavod / ambulanta (naziv in naslov)

Z D R A V N I Š K O M N E N J E
za namen najema oskrbovanega stanovanja
v Kopru, Oljčna pot 65 A

1. Prosilec/uporabnik za najem oskrbovanega stanovanja:

Ime in priimek: _____

Stalno prebivališče: _____

EMŠO: _____

2. Psihofizične sposobnosti prosilca/uporabnika (ustrezno obkrožite LE ENO točko):

- a) psihofizične sposobnosti mu **omogočajo samostojno bivanje**;
- b) preostale psihofizične sposobnosti mu **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 mu **NE omogočajo** samostojnega bivanja v stanovanju. Prosilec/uporabnik **potrebuje popolno institucionalno varstvo** v zavodu oz. domu starejših.

Opomba: Zdravniško mnenje se izdaja zgolj za potrebe odločanja o prijavi za najem oskrbovanega stanovanja oz. v postopku dodelitve oskrbovanega stanovanja v najem in morebitne sklenitve najemne pogodbe.

Kraj in datum:

Žig:

Podpis osebnega zdravnika:

Soglasje prosilca/uporabnika za obdelavo osebnih podatkov:

Podpisani _____ dovoljujem obdelavo mojih osebnih

podatkov o mojih psihofizičnih sposobnostih za potrebe uveljavljanja pravice do najema oskrbovanega stanovanja v lasti Nepremičninskega sklada pokojninskega in invalidskega zavarovanja, d.o.o., Ljubljana oziroma Javnega stanovanjskega sklada Mestne občine Koper.

Kraj in datum:

Podpis prosilca/uporabnika:
