

# Ž I A D O S Ť

o prijatie do Rehabilitačného strediska pre zrakovo postihnutých,  
Kasárenská 16, 054 01 Levoča

---

1. Meno a priezvisko /u žien rodné/: .....
2. Dátum a miesto narodenia: .....
3. Rodné číslo: ..... číslo OP: .....  
Číslo ZŤP, ZŤP/S: .....
4. Presná adresa bydliska: .....  
PSČ: .....okres: ..... tel. č.: .....  
tel. č. rodinného príslušníka.....
5. Národnosť: .....štátna prísl.: .....
6. Rodinný stav: .....počet nezaop. detí: .....
7. Školské vzdelanie: .....
8. Pôvodné povolanie: .....
9. Pracovné zaradenie pred vznikom invalidity: .....
10. Terajšie zamestnanie: .....
11. Druh dôchodku: .....
12. V ktorom roku bol dôchodok priznaný: .....
13. Rok a príčina poškodenia zraku: .....
14. Vízus: .....
15. Celkový zdravotný stav: .....
16. Diabetes: áno / nie

.....  
pečiatka a podpis obv. lekára

V ..... dňa .....

.....  
podpis žiadateľa

---

Riadok 14,15 a 16 vyplní lekár

Žiadosť vyplniť čitateľne, podľa možnosti strojom alebo paličkovým písmom. Vyplnenú žiadosť spolu s rozhodnutím posudkovej komisie Sociálnej poisťovne o miere poklesu vykonávať zárobkovú činnosť v % /prípadne inej/ podľa trvalého bydliska žiadateľa, treba zaslať priamo na hore uvedenú adresu rehabilitačného strediska. K žiadosti je potrebné priložiť podrobný očný a psychologický nález. V prípade, že nemáte psychologické vyšetrenie, môžete ho dodatočne absolvovať u nás.

**Žiadateľ bol informovaný podľa § 15 ods.1 zákona č.122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov ešte pred vyhotovením a podpísaním tejto žiadosti. Túto skutočnosť žiadateľ potvrdzuje podpisom tejto žiadosti o prijatie do RSZP.**