



Centrum J. J. Pestalozziho, o.p.s.  
Azylový dům  
Malecká 613  
537 05 Chrudim  
tel.: 469 311 460/611, 725 719 028  
e-mail: ad.chrudim@pestalozzi.cz  
web: www.pestalozzi.cz

**PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽADATELE**  
**K POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY AZYLOVÝ DŮM**

Část I. a III. vyplní žadatel o službu Azylový dům. Posudek o zdravotní způsobilosti v části II. **musí vyplnit praktický lékař.** Bez posudku o zdravotní způsobilosti **nemůže být žadatel ubytován.**

*Část I.*

Jméno a příjmení žadatele o službu Azylový dům:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

Jiné údaje, které považujete za důležité:

*Část II.*

**Posudek o zdravotní způsobilosti k poskytování služby Azylový dům**

Potvrzuji, že výše uvedený žadatel o službu Azylový dům:

- Netrpí/trpí\* duševní chorobou, která by závažným způsobem narušovala kolektivní soužití
- Nevyžaduje/vyžaduje\* poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- Netrpí/trpí\* akutní infekční chorobou

**\*nehodící se škrtněte**

Datum vydání posudku:

Podpis a jmenovka lékaře,  
razítko zdravotnického zařízení



Spolufinancováno  
Evropskou unií



PARDUBICKÝ KRAJ

*Část III.*

Prohlašuji, že všechny údaje jsou pravdivé a není mi též známo, že bych v posledních sedmi dnech přišel do styku s infekčním prostředím nebo osobami, které by měly infekční onemocnění nebo byly podezřelé z nákazy, zároveň mi ani nebylo nařízeno karanténní opatření.

**Toto prohlášení nesmí být starší více než 1 den od data jeho vydání.**

---

Datum a podpis žadatele o službu Azylový dům

Žadatel k poskytování služby Azylový dům:

- **je zdravotně způsobilý\***
- **není zdravotně způsobilý\***

\* nehodící se škrtněte

---

Datum a podpis pracovníka služby Azylový dům,  
který prohlášení přijal