# Žiadosť o vyhotovenie parkovacieho preukazu

#  pre fyzickú osobu so zdravotným postihnutím

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Údaje o žiadateľovi***  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Priezvisko |  | Meno Titul |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Deň, mesiac, rok narodenia |  **Rodné číslo** Číslo OP |  | Štátna príslušnosť |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Adresa trvalého pobytu** |  |
|  | Ulica |  |  | Číslo |  |  | Telefón |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PSČ |  |  |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |
|  | **Adresa prechodného pobytu** |  |
|  | Ulica |  |  | Číslo |  |  | Telefón |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PSČ |  |  |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **U cudzinca typ povolenia k pobytu** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Údaje o zákonnom zástupcovi žiadateľa (rodič alebo súdom ustanovený opatrovník)*** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Priezvisko |  | Meno Titul |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Deň, mesiac, rok narodenia |  **Rodné číslo** Číslo OP |  | Štátna príslušnosť |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Adresa trvalého pobytu** |  |
|  | Ulica |  |  | Číslo |  |  | Telefón |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PSČ |  |  |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |
|  | **Adresa prechodného pobytu** |  |
|  | Ulica |  |  | Číslo |  |  | Telefón |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PSČ |  |  |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **U cudzinca typ povolenia k pobytu** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Adresa miesta, kde sa obvykle zdržiava** |  |
|  | Ulica |  |  | Číslo |  |  | Telefón |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | PSČ |  |  |  |  |  |  |  |  | Obec |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Poučenie žiadateľa*** |
|  |  | Lekárska posudková činnosť sa vykonáva bez prítomnosti posudzovanej fyzickej osoby. Ak fyzická osoba chce byť prítomná na posúdení jej zdravotného stavu, musí o posúdenie požiadať písomne alebo podaním žiadosti elektronickými prostriedkami podpísanej zaručeným elektronickým podpisom.  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Informácia pre žiadateľa*** |
|  |  | Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny – IČO: 30794536 spracúva Vaše osobné údaje v zmysle zákona č. 447/2008 Z. z. o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a uvedené osobné údaje ďalej poskytuje orgánom verejnej moci. V prípade akýchkoľvek nejasností, problémov, otázok, ktoré súvisia s ochranou osobných údajov sa môžete obrátiť na mailovú adresu: ochranaosobnychudajov@upsvr.gov.sk. |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***Vyhlásenie žiadateľa*** |
|  |  | Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v žiadosti sú pravdivé a som si vedomý (á) právnych následkov v prípade uvedenia nepravdivých údajov.  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | V |  | dňa |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis žiadateľa(zákonného zástupcu) |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Prílohy:

Lekársky nález – vypĺňa ošetrujúci lekár (lekárske nálezy z vyšetrení odborným lekárom, z hospitalizácií a ďalšie)