



MĚSTSKÝ ÚŘAD SEZIMOVO ÚSTÍ

Odbor správní a právní
Oddělení sociálních služeb

Vyjádření ošetřujícího lékaře

pro účely ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění podle § 10 a § 118 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Potvrzuji, že pan/paní, datum narození

trvale bytem

vzhledem ke svému zdravotnímu stavu

je – není schopen/schopna účastnit se úředních jednání

je – není schopen/schopna osobně přebírat svůj důchod

je – není schopen/schopna podat vyjádření / souhlas s ustanovením zvláštního příjemce svého důchodu

je – není schopen/schopna podpisu

V dne

razítko a podpis lékaře