

Priloga :

CENTER ZA SOCIALNO DELO

PRIVOLITEV V OBRAVNAVO V SKUPNOSTI

PODATKI O OSEBI

Ime in priimek: _____

Najbližja oseba ali zakoniti zastopnik: _____

Naslov bivališča: _____

Pošta: _____

Podpisani(a) izjavljam, da mi je koordinator obravnave v skupnosti pojasnil možnost vključitve v obravnavo v skupnosti in v obravnavo: PRIVOLIM / NE PRIVOLIM

Dosedanje sodelovanje z nevladnimi organizacijami (ime izvajalca in oblika sodelovanja):

Podpisani izjavljam, da dovolim posredovanje osebnih podatkov in informacij o zdravstvenem stanju za potrebe obravnave.

Seznanjen(a) sem tudi s pravico, da lahko svojo privolitev tudi kadarkoli prekličem.

Kraj in datum: _____

Ura: _____

Koordinator obravnave v skupnosti:

Podpis osebe ali zakonitega zastopnika:
