

**PODATKI O ZASTOPNIKU**

Ime in priimek zastopnika : \_\_\_\_\_

Psihiatrična bolnišnica oz. socialnovarstveni zavod: \_\_\_\_\_

**PODATKI O ZASTOPANI OSEBI**

Zaporedno številka pisnega pooblastila: \_\_\_\_\_

Šifra zastopane osebe: \_\_\_\_\_

Ime in priimek zastopane osebe: \_\_\_\_\_

EMŠO zastopane osebe: \_\_\_\_\_

Naslov stalnega oz. začasnega bivališča: \_\_\_\_\_

**DNEVNIK ZASTOPNIKA O OBRAVNAVI OSEBE**

Kraj, datum, ura zastopanja: \_\_\_\_\_

**Vrste nalog, ki jih je zastopnik opravil:**

|                  |
|------------------|
| -<br>-<br>-<br>- |
|------------------|

**Vrste domnevnih kršitev pravic oseb, ki jih je obravnaval:**

|             |
|-------------|
| -<br>-<br>- |
|-------------|

**Datum prejema obvestila o domnevni kršitvi pravic osebe:**

**Datum in način rešitve oziroma izvedbe nalog:**

**Kratek opis primera:**

**S podpisom jamčim, da so podatki, ki sem jih navedel/a, resnični.**

Kraj in datum: \_\_\_\_\_

Podpis zastopnika: \_\_\_\_\_