

# Žádost a potvrzení lékaře

- Ubytovna Domu světla -

---

## Žadatel o ubytování v Ubytovně Domu světla

Žadatel o poskytnutí ubytování v ubytovně Domu světla - ČSAP, z. s., Malého 282/3, 186 00 Praha 8, je povinen předložit před poskytování služby toto potvrzení lékaře. Prosím uveďte:

Jméno a příjmení: .....

Trvalé bydliště: .....

Kontaktní údaje (současná adresa) a telefon: .....

Žadatel dává svým podpisem souhlas České společnosti AIDS pomoc, z. s. k nakládání a shromažďování osobních a citlivých údajů v tomto Potvrzení uvedených, v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Účelem shromažďování těchto údajů je posouzení, zda žadatel může využívat ubytování v Ubytovně Domu světla. Česká společnost AIDS pomoc, z. s. se zavazuje nakládat s údaji jen ve prospěch osoby a dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Tyto údaje budou zpřístupněny pouze oprávněným osobám. Všechny oprávněné osoby jsou povinni o těchto skutečnostech zachovávat mlčenlivost. Údaje o žadateli jsou uloženy způsobem znemožňujícím neoprávněným osobám přístup a to po dobu 5 let.

V ..... dne .....

Podpis žadatele

---

## Vyplní lékař

Žadatel (uvedený výše) je infikován HIV (HIV pozitivní) ANO / NE  
(zakroužkujte hodící se)

V ..... dne .....

Jméno a příjmení lékaře: .....

.....

Podpis a razítko lékaře

*Vyplněné Potvrzení prosím zašlete poštou na adresu Česká společnost AIDS pomoc, z. s., Malého 282/3, Praha 8 Karlín, 186 00 (k rukám „pracovníka odpovědného za Ubytovnu“) nebo osobně na tutéž adresu, výše uvedené osobě (ve všední dny 8:00-16:30). V případě jakýchkoli dotazů nás prosím kontaktujte na tel.: +420 224 814 284.*