**Príloha č. 5 k žiadosti o poskytnutie jednorazovej finančnej výpomoci**

**P o t v r d e n i e**

**o odkázanosti fyzickej osoby na diétne stravovanie**

Potvrdzujem, že zdravotný stav fyzickej osoby:

Meno a priezvisko, titul: .............................................................., dátum narodenia : ......................,

adresa trvalého pobytu : ......................................................................................................................,

si vyžaduje v rámci liečebného režimu dodržiavať diétu (diabetickú, bielkovinovú alebo výživnú).

**V** ...................................... **dňa**  ............................

 .....................................................................

 Odtlačok pečiatky a podpis lekára