

Já, níže podepsaný/á

Я, нижче підписаний/на

narozen/a

дата народження

číslo pasu (příp. jiného dokladu)

номер паспорта (або іншого документа)

Bytem

адреса місця проживання

tímto čestně prohlašuji, že **nejsem schopen/schopna osobně podat žádost o udělení dlouhodobého víza za účelem strpění pobytu, příp. žádost o poskytnutí dočasné ochrany na území ČR**, a to z důvodu mé hospitalizace ve Fakultní nemocnici Olomouc, IČ 00098892, se sídlem I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc. K prokázání výše uvedeného příkládám potvrzení o hospitalizaci ve Fakultní nemocnici Olomouc. Současně tímto **žádám příslušné úřady o upuštění od osobní účasti** na podání předmětné žádosti.

Цим я заявляю, що я **не можу особисто подати заяву на довгострокову візу з метою чекання, або заяву про тимчасовий захист у Чеській Республіці**, у зв'язку з моєю госпіталізацією у Факультетській лікарні у м. Оломоуц, ІЧ: 00098892, юридична адреса: I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc. На підтвердження вищесказаного додаю довідку про госпіталізацію в Оломоуцьку факультетську лікарню. У той же час я **прошу** компетентні органи **звільнити мене від обов'язку особисто подавати** відповідну заяву.

Dále tímto **zmocňuji** Fakultní nemocnici Olomouc, IČ 00098892, se sídlem I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc, resp. tuto nemocnici pověřené zaměstnance, **k zastupování a veškerému právnímu jednání a právním úkonům ve věci podání žádosti o dlouhodobé vízum za účelem strpění pobytu, příp. žádosti o poskytnutí dočasné ochrany na území ČR**, a ke všem dalším právním úkonům a jednáním potřebným k vyřízení předmětné žádosti.

Цим ьтакож **уповноважую** Факультетську лікарню у м. Оломоуц, ІЧ: 00098892, юридична адреса: I.P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc, або уповноважених цією лікарнею співпрацівників, **виконувати за мене всі правові та юридичні дії у справі подання заяви на довгострокову візу з метою чекання, або заяви про тимчасовий захист у Чеській Республіці**, та до всіх інших правових актів та дій, необхідних для обробки заяви.

V Olomouci dne / м. Оломоуц, дата	Podpis pacienta / Підпис пацієнта

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat / Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:			
Jak pacient projevil svou vůli / Як пацієнт висловив свою волю:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka Підпис медичного працівника / свідка	Datum / Дата	Hodina / Година