



.....
miejsowość i data

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie

Wydane w celu rekrutacji do projektu „Dzienny Dom Pomocy i domowe usługi opiekuńcze w powiecie leskim”, realizowanego w Myczkowcach przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej

Imię i nazwisko:.....

Adres zamieszkania:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadcza się, że w/w pacjent jest osobą:

1. powyżej 60- tego roku życia
2. potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
3. ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagającą opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

Ewentualne uwagi:.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza POZ