

.....
miejsowość i data

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

Zaświadczenie lekarskie

Wydane w celu rekrutacji do projektu „Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach i domowe usługi opiekuńcze”, 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, która z powodu wieku, stanu zdrowia i/lub niepełnosprawności, potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Ewentualne uwagi:.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza POZ