

.....
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:

1. powyżej 18- tego roku życia
2. potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, stanu zdrowia i/lub niepełnosprawności.

Ewentualne uwagi:

.....
Pieczęć i podpis lekarza POZ