

Załącznik nr 2 do Formularza Rekrutacyjnego projektu
pn. „Dom Dziennego Pobytu dla Seniorów w Kosinie - AKTYWNY SENIOR”

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Uczestnika Projektu pn. „Dom Dziennego Pobytu dla Seniorów w Kosinie -
AKTYWNY SENIOR”

WZÓR *

Imię i nazwisko

Zamieszkały/a.....

PESEL.....

Niniejszym zaświadczam, iż W/w jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, tj. osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
PIECZĄTKA I PODPIS LEKARZA

* dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów