

Projekt pn. „Mobilne Centrum Usług Zdrowotnych w Nowej Sarzynie” realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych współfinansowany ze Środków Europejskiego Funduszu Społecznego

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Miejsko – Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Nowej Sarzynie w ramach projektu pn. „Mobilne Centrum Usług Zdrowotnych
w Nowej Sarzynie”

Imię i Nazwisko pacjenta

PESEL

Adres zamieszkania

Stwierdzam, że pacjent jest osobą niesamodzielną* tj. wymaga opieki i korzystania ze sprzętu rehabilitacyjnego wymienionego poniżej:

.....
.....
.....
.....
.....

na okresmiesiący*.

* (maksymalnie na okres do 6 m-cy).

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie)

* osobę, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego