



Załącznik nr 7. Zaświadczenie lekarskie
do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Rozwój usług opiekuńczych,
asystenckich i telemedycznych w Gminie Szprotawa”

.....
miejsowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE **Wzór***

Imię i nazwisko:

PESEL:

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą niesamodzielną, 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 (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprząatanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

.....
podpis i pieczęć lekarza

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

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego LUBUSKIE2020 Oś 7. Równowaga społeczna, Działanie 7.5 Usługi społeczne.