Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014 – 2020 | Oś priorytetowa IX | Działanie 9.2 | Podziałanie 9.2.6
„Przyjazne środowisko – program kompleksowych usług zdrowotnych dla osób wykluczonych społecznie"

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Wzór*

uczestnika projektu „Przyjazne środowisko - program kompleksowych usług zdrowotnych dla osób wykluczonych społecznie"

_____

miejscowość i data

Imię i nazwisko Pacjenta : _____

Adres zamieszkania : _____

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, sprzątanie 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