

ZAŁĄCZNIK NR 4 DO REGULAMINU

## **ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA RODZINNEGO LUB PROWADZĄCEGO do projektu pn. „Pora seniora – Dzienny Dom Pomocy w Jaworznie”**

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej,  
numer identyfikacyjny REGON)

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że:**

Pani/Pan:.....

PESEL .....

Zamieszkała/y: .....

**jest osobą kwalifikującą się do opieki długoterminowej.**

Rozpoznanie i zalecenia lekarskie:

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

Stwierdzam, że nie ma przeciwwskazań do udziału w projekcie, w tym do uczestniczenia  
w formach wsparcia w Dziennym Domu Pomocy.

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(Pieczęć i podpis lekarza rodzinnego  
lub lekarza specjalisty)