Załącznik nr 9 do Regulaminu
rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

……
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
numer identyfikacyjny REGON)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Klub Seniora

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia zaświadczam, że Pan/Pani

Imię i nazwisko ……

Zamieszkały/ła ……

PESEL ……

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, 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, jednakże jej stan zdrowia nie stanowi przeszkody w uczestnictwie w zajęciach Klubu Seniora.

Wskazanie do objęcia usługami w formie*:

□ Usługi opiekuńcze świadczone w KLUBIE SENIORA

……
data

……
Pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty

* Zaznaczyć właściwe