………………………………………… miejscowość i data

……………………………………

stempel zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie**

**Wydane w celu rekrutacji do projektu „Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach - kontynuacja”, realizowanego w Myczkowcach przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………

**na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej zaświadcza się, że w/w pacjent jest osobą:**

1. powyżej 60- tego roku życia

2. potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

3. ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagającą opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

Ewentualne uwagi:………………………………………………………………………………

……………………………….

Pieczęć i podpis lekarza POZ