

Załącznik nr 2 do Formularza Rekrutacyjnego do projektu pn.
„Ośrodek Opieki Diennej – Pogodny Senior”

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Wzór*

Zaświadczam, że Pan/Pani

Imię i Nazwisko

Zamieszkały/a

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 (podstawowe czynności dnia codziennego to m. in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczętka imienna lekarza i podpis)

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