



Załącznik nr 3 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Pełna moc - placówka opieki i aktywizacji osób niesamodzielnych”

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że
Pan/Pani.....
PESEL.....
zamieszkały/a.....
jest osobą niesamodzielną lub/i niepełnosprawną¹ w rozumieniu wytycznych,
w zakresie realizowanych przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego
i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS, która ze względu na wiek
wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania
co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia.

Stwierdzam, że:

- nie ma przeciwwskazań do udziału w Placówce Diennej Opieki
- istnieją przeciwwskazania do udziału w Placówce Diennej Opieki

.....
(data)

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

¹ Niepotrzebne skreślić