

Załącznik Nr 8 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
Dzienny Dom Pomocy w Gminie Jeżowe
RPO WP 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII, Działanie 8.3

.....
(pieczęć ZOZ lub gabinetu lekarskiego)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla potrzeb Gminy Jeżowe/ Ośrodka Pomocy Społecznej w Jeżowie w ramach Projektu RPPK.08.03.00-18-0073/18 pt. Dzienny Dom Pomocy w Gminie Jeżowe w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko pacjenta.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Miejsce zamieszkania.....

.....
Stwierdzam, że pacjent jest osobą niesamodzielną (osoba niesamodzielną – przez co należy rozumieć osobę, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć lekarza