



*Załącznik nr 2 do formularza rekrutacyjnego projektu
„ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE WIĄZOWNICA”*

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE dla osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

Zaświadczam, że Pan/Pani

Imię i nazwisko

PESEL

Zamieszkały/a

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)

.....

(Pieczęćka imienna lekarza i podpis)