

Miejscowość.....
Data.....

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się
o skierowanie do domu pomocy społecznej**

Imię i nazwisko.....

Wiek.....

Adres zamieszkania (pobytu).....

PESEL.....

Ww osoba ze względu na stan zdrowia może / nie może* funkcjonować w swoim obecnym
środowisku przy pomocy usług opiekuńczych w ilościgodzin miesięcznie.

.....
Podpis i pieczętka lekarza wystawiającego zaświadczenie

* właściwe podkreślić