

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i nazwisko osoby ubiegającej się do środowiskowego domu samopomocy dla osób z zaburzeniami psychicznymi:

.....

2. Adres

.....

3. Wiek

.....

4. Stan zdrowia (schorzenia)

.....

.....

5. Czy istnieją przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach w środowiskowym domu samopomocy*

☐

1. tak

☐

2. nie

6. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji: **

.....

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

* właściwe zaznaczyć

** dotyczy osoby niepełnosprawnej fizycznie

Zaświadczenie wydaje się do celów pomocy społecznej. Podstawa prawna: Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (tj. Dz.U.2020.poz.249)