

.....
(pieczęć przychodni)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
O STANIE ZDROWIA OSOBY UBIEGAJĄCE SIĘ O SKIEROWANIE
DO ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce zamieszkania

obecny stan zdrowia: (opis stanu zdrowia)

.....
.....
.....

- istnieją/nie istnieją* przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy.
- w/w jest/ nie jest* sprawny w zakresie lokomocji (wypełnia się w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie).

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Uwaga!

* – niepotrzebne skreślić

Konieczność wystawienia zaświadczenia określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238 poz. 1586)