

Załącznik nr 2 do Regulaminu

.....
Pieczęć ZOZ

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko pacjenta:

.....

PESEL

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprząatanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu).

.....
podpis i pieczęć lekarza