**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, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu).

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

podpis i pieczęć lekarza