



.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

PESEL

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia/niepełnosprawność* wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, oraz, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do korzystania przez w/w ze wsparcia Dziennego Domu Pomocy w Lewkowie Starym.

.....
podpis i pieczęć lekarza