

Stempel zakładu opieki zdrowotnej ………………………..dnia………………..

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy w Żalinowie gm. Inowrocław**

1.Imię i nazwisko………………………………………………………………………………..

2.Pesel………………………………………………………………………………...................

3.Adres zamieszkania……………………………………………………………………………

4.Stan zdrowia……………….....................................................................................................

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

5. Uwagi/ informacja o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach Środowiskowego Domu Samopomocy w Żalinowie………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

6.Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie…………………………………………….................................................................

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………….. …………………………………………….. miejscowość i data pieczątka i podpis lekarza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wg. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. §7 pkt.1

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko- Pomorskiego