

.....

.....dnia.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię.....Pesel.....

Data urodzenia.....

Adres.....

1. Informacja o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w Środowiskowym Domu Samopomocy w Wysokiej Głogowskiej

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

2. Rozpoznanie*:

A – Przewlekła choroba psychiczna

B – Niepełnosprawność intelektualna

C – Inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych.

3. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji

.....
.....

4. Cel wydania zaświadczenia:

Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Głogowie Małopolskim

Celem skierowania do Środowiskowego Domu Samopomocy w Wysokiej Głogowskiej.

.....

Podpis i pieczęć lekarza

*właściwe podkreślić

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie środowiskowych domów samopomocy

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego