



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

.....

(pieczętka ośrodka zdrowia)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

o potrzebie świadczenia usług opiekuńczych

PROJEKT: „Wsparcie usług społecznych w Gminie i Mieście Koziegłowy”

FESL.07.04-IZ.01-059D/23-002

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Zaświadczam, że ww. pacjent jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i potrzebuje świadczenia usług opiekuńczych.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczętka i podpis lekarza)