

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
osoby ubiegającej się o skierowanie do Powiatowego Ośrodka Wsparcia
w Gryficach
(wydane przez lekarza rodzinnego)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres

1. Stan zdrowia

2. Brak przeciwwskazań/przeciwwskazania* do uczestnictwa w zajęciach ośrodka wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób z niepełnosprawnością fizyczną.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

- rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (t. jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 249),
- art. 51a ust. 5 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (t. jedn. Dz. U. z 2023 r., poz. 901)

* właściwe podkreślić