



Zaświadczenie lekarskie
Ważne 30 dni od daty wystawienia

.....
(Pieczęć Placówki Medycznej)

.....
(Miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane na potrzeby rekrutacji do projektu
„Usługi opiekuńcze na terenie Gminy”

Zaświadczam, że Pani/Pan
(imię i nazwisko Kandydatki/ta)

Zamieszkała/y

.....
(Pełny adres zamieszkania Kandydatki/ta)

PESEL:

- ☐ jest osobą z niepełnosprawnością sprzężoną

Uzasadnienie:

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

- ☐ jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną

Uzasadnienie:

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



- ☐ jest osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi

Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....

- ☐ jest osobą z chorobą psychiczną

Uzasadnienie:
.....
.....
.....
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza