



Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego – Zaświadczenie lekarskie
Ważne 30 dni od daty wystawienia

.....
(Pieczęć Ośrodka Zdrowia)

.....
(Miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane na potrzeby rekrutacji do projektu
„Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania na terenie Gminy Orły”

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

Zamieszkała/y

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

PESEL:

ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza
pierwszego kontaktu