



Zaświadczenie lekarskie
Ważne 30 dni od daty wystawienia

.....
(Pieczęć Placówki Medycznej)

.....
(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:

- ☐ 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