*pieczątka zakładu leczniczego*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

***dla osoby wymagającej pomocy w formie usług opiekuńczych***

Na podstawie przeprowadzonego badania lekarskiego w dniu………………………………….

stwierdzam, że Pan/Pani………………………………………………………………………...

pesel………………………………… zam.……………………………………………………..

z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy w formie usług opiekuńczych.

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub niepełnosprawności)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data:……………………………

 …..…………………………………

 pieczątka i podpis lekarza