*Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie*

..............................................................  
 *(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej*  
  *numer identyfikacyjny REGON)*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane kandydata/tki do Całodobowego Domu Opieki w Starej Wsi** | **Imię** |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Niniejszym zaświadczam, że Pani / Pan wyżej wymieniona/y jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia   
   w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej   
   z podstawowych czynności dnia codziennego takich jak[[1]](#footnote-1):

robienie zakupów,

przygotowanie i spożywanie posiłków,

utrzymanie higieny osobistej,

kontrolowanie czynności fizjologicznych,

sprzątanie i prowadzenie mieszkania,

poruszanie się, wychodzenie z domu,

inne (wskazać jakie) ………………………………

2. Stwierdzam, że dla ww. Pani/ Pana[[2]](#footnote-2):

□ może

□ nie może

zostać objęty usługą opiekuńczą świadczoną w Całodobowym Domu Opieki   
w Starej Wsi.

……………………………… …….………………………………………..………………………………….

*(data) (pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty)*

1. *Zaznaczyć właściwe* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Zaznaczyć właściwe* [↑](#footnote-ref-2)