



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Szczecinek, dn.

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

ZAŚWIADCZENIE

Pan/i/

PESEL ur.

zam.

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Jednocześnie informuję, iż Pan/Pani nie wymaga całodobowej opieki

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza