………………………………….. ………………………………….

*(Pieczęć Ośrodka Zdrowia) (Miejscowość, data)*

**Zaświadczenie lekarskie**

**(na potrzeby skorzystania z usług opiekuńczych)**

Zaświadcza się, że Pan/i ………………………………………………... zamieszkały/a

…………………………………...………………………………………………………PESEL…………………………………………. jest osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Pan/i ………………………………………….…. **wymaga/nie wymaga1** pomocy innych osób**.**

………………………………

*(podpis i pieczęć lekarza)*

1 Niewłaściwe skreślić