

---

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW KANDYDATA/KI DO UCZESTNICZENIA W DZIENNYM DOMU POMOCY W BRATKOWICACH/W PROJEKCIE<sup>1</sup>:**

Imię i nazwisko pacjenta/ki:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Niniejszym stwierdzam, że pacjent/ka jest osobą, która ze względu na wiek lub stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, m.in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie i rozbieranie się, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych (niniejsze wskazanie nie jest katalogiem zamkniętym i pacjent/ka może posiadać dysfunkcje w wykonywaniu innych podstawowych czynności dnia codziennego)

---

(miejscowość i data)

---

(pieczęć i podpis  
lekarza wystawiającego zaświadczenie)

---

<sup>1</sup> niniejsze zaświadczenie stanowi także dokument rekrutacyjny do Projektu pt. „Rozwój stacjonarnych usług opiekuńczych w Gminie Świlcza”, w przypadku otrzymania dofinansowania przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Świlczy (projekt finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus - w ramach programu: Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 - oraz budżetu państwa)



Fundusze Europejskie  
dla Podkarpacia



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



PODKARPACKIE  
przestrzeń otwarta