**PROJEKT:**

**„Wsparcie społeczne osób wykluczonych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym – Dom Dziennej Pomocy”**

**ZAŚWIADCZENIE OD LEKARZA RODZINNEGO LUB PROWADZĄCEGO**

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

lekarza rodzinnego lub prowadzącego

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam, że   
Pan/ Pani ……………………………………….……………………………………………….  
PESEL ………………………………………………………………………………………….  
Zamieszkały/a …………………………………………………………………………………..

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. kąpanie się, ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety, wstawanie z łóżka i przemieszczanie się, samodzielne jedzenie, kontrolowanie wydalania moczu i stolca)

**Jednocześnie stwierdzam, że:**

* □ wymagana jest pomoc innych osób
* □ nie ma przeciwskazań do udziału w projekcie, w tym do udziału w Dziennym Domu Pomocy (np. stan zdrowia nie wymaga specjalistycznej opieki medycznej lub opieki całodobowej)

*(proszę zaznaczyć właściwe punkty)*

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

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