*zał. nr 3*

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

 / data /

 ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

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

(imię i nazwisko, PESEL)

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą niesamodzielną, 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 (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie posiłków, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu, przyjmowanie leków, majsterkowanie, gospodarowanie pieniędzmi, załatwianie spraw urzędowych).

Zaświadczenie wydaje się w celu rekrutacji do Klubu Seniora w Piławie Dolnej.

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

 /podpis lekarza/