



Załącznik nr 2

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego
indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

**ZAŚWIADCZENIE
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO ZAMIESZKANIA GRUPOWEGO**

Oświadczam, że Pan/Pani.....

(imię i nazwisko)

PESEL.....

- nie posiada chorób zakaźnych, które stanowiłyby przeciwwskazanie do zamieszkania grupowego;
- nie występują schorzenia somatyczne, które stanowiłyby przeciwwskazania do zamieszkania grupowego;
- nie występują/występują* problemy lokomocyjne (jakie?),
które wymagają dostosowania przestrzeni mieszkania do potrzeb w/w osoby.

Podpis lekarza

.....

**niepotrzebne skreślić*

LIDER PROJEKTU

Województwo Podlaskie - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku
ul. Kombatantów 7, 15-110 Białystok, tel. 85 744 72 72, fax 85 744 71 37, e-mail:rops@rops-bialystok.pl, www.rops-bialystok.pl

PARTNERZY PROJEKTU



Województwo
Podlaskie

