



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

.....

*(pieczętka ośrodka zdrowia)*

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**

#### **o potrzebie świadczenia usług opiekuńczych**

PROJEKT: „Wsparcie usług społecznych w Gminie Popów”  
FESL.07.04-IZ.01-05BB/23-003

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Adres zamieszkania: .....

Zaświadczam, że ww. pacjent jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i potrzebuje świadczenia usług opiekuńczych.

.....

*(miejsowość, data)*

.....

*(pieczętka i podpis lekarza)*