Załącznik 4 – zaświadczenie lekarskie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - wzór

……………………………………………………………….

miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ**

**WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**Wzór[[1]](#footnote-1)1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KANDYDAT/-KA deklarując-y/-a chęć przystąpienia do PROJEKTU:**  | 1. | Imię/Imiona |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL |  |

Niniejszym zaświadczam, że ww. jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, ze względu na wiek lub stan zdrowia lub niepełnosprawność i wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

……………………………………………………………

podpis i pieczęć lekarza

1. 1 Dopuszcza się złożenia zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamych zapisów. [↑](#footnote-ref-1)