



Fundusze Europejskie
dla Małopolski



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



MAŁOPOLSKA

Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O POTRZEBIE WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU¹

**Projekt „Opieka Blisko Ciebie – Centrum Wsparcia Opiekunów Osób Niesamodzielnych
w powiecie tarnowskim” nr FEMP.06.21-IP.01-1294/24** w ramach programu Fundusze Europejskie dla
Małopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego,
Działanie 6.21 Wsparcie usług społecznych w regionie z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani

zamieszkały/a

PESEL **jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,**
tj. która ze względu na stan zdrowia/niepełnosprawność² wymaga opieki lub wsparcia w związku
z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia
codziennego: utrzymywanie higieny osobistej, ubieranie się, korzystanie z toalety, przemieszanie się,
samodzielne jedzenie, kontrolowanie czynności fizjologicznych.

.....

Miejscowość i data

.....

Pieczętka i podpis lekarza

¹ Dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamyh zapisów

² Niepotrzebne skreślić



Serwis