Załącznik Nr 4

do Regulaminu naboru uczestników na nowe usługi społeczne – turnus rehabilitacyjny

**Zaświadczenie lekarza o skierowaniu na nowe usługi społeczne – turnus rehabilitacyjny**

Imię i nazwisko ………………………………………………………………………………....

PESEL …………………………………………………………………………………………..

Nr dowodu osobistego ………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………..

**Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:**

* dysfunkcja narządu ruchu
* dysfunkcja narządu wzroku
* choroba psychiczna
* schorzenie układu krążenia
* dysfunkcja narządu słuchu
* upośledzenie umysłowe
* padaczka
* inne (jakie?) …………………………………………………………………….

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

* nie
* tak – uzasadnienie ………………………………………………………………………

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

Uwagi:

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

……………………………… ………………………………

data pieczątka i podpis lekarza