Załącznik Nr 2
do Regulaminu naboru uczestników
na nowe usługi społeczne – Klub Zdrowego Życia
dla mieszkańców Gminy Słupno

Zaświadczenie lekarza o skierowaniu na nowe usługi społeczne – rehabilitacja w warunkach domowych

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?) …….

Uwagi:

Rehabilitacja w warunkach domowych ze względu na stan zdrowia:

- tak
- nie

…… ……
data pieczątka i podpis lekarza

Projekt „Centrum Usług Społecznych w Gminie Słupno" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój