*Załącznik nr 2 do Wniosku Zgłoszeniowego do korzystania z usług społecznych oferowanych w Programie Usług Społecznych w Gminie Tryńcza w ramach projektu pn.: Centrum Usług Społecznych w Gminie Tryńcza współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020*

*……………..……………… …………………………….*

*(Pieczęć Ośrodka Zdrowia) (Miejscowość, data)*

**Zaświadczenie lekarskie   
(na potrzeby skorzystania z usług społecznych)**

Zaświadcza się, że Pan/i …………………………………. zamieszkały/a ………………………... ………………………………………………….. PESEL…………………………………………. jest osobą, **zdolną/niezdolną[[1]](#footnote-2)** do samodzielnego funkcjonowania i konieczność opieki i pomocy   
w związku niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Pan/i ………………………………………….…. **wymaga/nie wymaga[[2]](#footnote-3)**pomocy innych osób. ……………………………………….

…………………………………….. ……………………………………..

(miejscowość i data) (podpis i pieczęć lekarza)

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)