

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA  
LUB PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWEJ POZ:**

<b>DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O ŚWIADCZENIE USŁUG OPIEKUŃCZYCH W CENTRUM WSPARCIA SENIORA W OŻAROWICACH</b>	
<b>imię i nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>miejsce zamieszkania</b>	
<p>Wyżej wymieniona osoba wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez realizację usług opiekuńczych z uwagi na wiek, schorzenia, niepełnosprawność.</p> <p>Jednocześnie w mojej opinii osoba ta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• nie wymaga leczenia szpitalnego,</li><li>• nie wymaga pobytu w zakładzie opiekuńczo – leczniczym lub zakładzie opiekuńczo pielęgnacyjnym,</li><li>• nie wymaga pobytu w domu pomocy społecznej,</li></ul>	
<b>WNIOSEK</b>	STAN ZDROWIA W/W POZWAŁA NA OBJĘCIE W/W – USŁUGAMI W POSTACI USŁUG OPIEKUŃCZYCH W DZIENNYM OŚRODKU OPIEKUŃCZYM – CENTRUM WSPARCIA SENIORA W OŻAROWICACH.
<b>miejsowość, data</b>	
<b>imię, nazwisko, podpis, pieczęć lekarza lub pielęgniarki POZ</b>	
<b>pieczęć podmiotu leczniczego</b>	