………………………………………………, …………………………….

 miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE**

Na podstawie wywiadu i obserwacji poświadczam, że Pan/Pani ………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………….., ze względu na stan zdrowia jest osobą

 potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

………………………………………………………………………………………….

Pieczątka i podpis lekarza