Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. **„Przepis na Wsparcie – rozwój usług społecznych na obszarze gm. Połczyn-Zdrój" FEPZ.06.18-IP.01-0017/24** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027

……., data……r.

Pieczęć jednostki

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i Imię……
Data urodzenia ……..Nr PESEL……
Zamieszkały (a)……
…….

1. wymaga pomocy w formie **specjalistycznych usług opiekuńczych** świadczonych przez fizjoterapeutę w zakresie rehabilitacji fizycznej i usprawniania zaburzonych funkcji organizmu zgodnie z następującymi wskazaniami:

   ……

   ……

   ……
   oraz przez psychologa/pedagoga z przygotowaniem psychologicznym
   TAK/NIE

2. wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w formie **sąsiedzkich usług opiekuńczych** w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność.
   TAK/NIE

Pieczątka i podpis lekarza