

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko

Nr dowodu osobistego

PESEL

Adres zamieszkania

I. Występujące zaburzenia psychiczne

Zgodnie z § 2 pkt 5 i §7 pkt 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy:

a) Osoba przewlekłe psychicznie chora

.....
.....

b) Osoba upośledzona umysłowo w stopniu głębokim, znacznym, umiarkowanym, a także osoby z lekkim upośledzeniem umysłowym, gdy jednocześnie występują inne zaburzenia, zwłaszcza neurologiczne

.....
.....

c) Osoba wykazująca inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych, z wyłączeniem osób czynnie uzależnionych od środków psychoaktywnych

.....
.....

II. Inne wskazania do uczestnictwa w zajęciach w środowiskowym domu samopomocy

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza