*Pieczątka placówki służby zdrowia*

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE***

***dotyczące usług opiekuńczych***

*Zaświadcza się , że:*

*Pan/Pani*

*……*

*(Nazwisko i imię)*

*Data urodzenia .....*

*Zamieszkały/a.....*

*Wymaga / nie wymaga * pomocy w formie usług opiekuńczych:*

- *na stałe*
- *okresowo do .....**

*Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Tomicach.*

*.....* *.....*

*Miejscowość i data* *pieczątka i podpis lekarza*

- *zaznaczyć właściwe*