

*Załącznik nr 4b do Regulaminu Naboru i Uczestnictwa w Projekcie:*

***„Poprawa dostępności usług społecznych***

***dla osób najbardziej potrzebujących w Gminie Lipie”***

***Zadanie 1: Usługi opiekuńcze - Klub seniora***

**Imię i nazwisko:**……………………………………………………..

**PESEL:** ……………………………………………………..

**Zaświadczenie lekarskie na potrzeby potwierdzenia wsparcia w codziennym funkcjonowaniu uczestnika/uczestniczki projektu pn. „Poprawa dostępności usług społecznych dla osób najbardziej potrzebujących w Gminie Lipie”**

***Zadanie 1: Usługi opiekuńcze – Klub seniora***

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba **wymaga/nie wymaga[[1]](#footnote-2)** wsparcia   
w codziennym funkcjonowaniu, tj. **opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, ze względu na:**

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………

data, podpis i pieczątka lekarza,  
pielęgniarki ubezpieczenia zdrowotnego  
albo pielęgniarki opieki domowej długoterminowej

1. Wykreślić niepotrzebne [↑](#footnote-ref-2)