



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik Nr 4
do Regulaminu naboru uczestników
na nowe usługi społeczne – turnus rehabilitacyjny

Zaświadczenie lekarza o skierowaniu na nowe usługi społeczne – turnus rehabilitacyjny

Imię i nazwisko

PESEL

Nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

- ☐ dysfunkcja narządu ruchu
- ☐ dysfunkcja narządu wzroku
- ☐ choroba psychiczna
- ☐ schorzenie układu krążenia
- ☐ dysfunkcja narządu słuchu
- ☐ upośledzenie umysłowe
- ☐ padaczka
- ☐ inne (jakie?)

Konieczność pobytu opiekuna na turnusie:

- ☐ nie
- ☐ tak – uzasadnienie
.....
.....

Uwagi:

.....
.....
.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza