

Załącznik Nr 2
do Regulaminu naboru uczestników
na nowe usługi społeczne – Klub Zdrowego Życia
dla mieszkańców Gminy Słupno

**Zaświadczenie lekarza o skierowaniu na nowe usługi społeczne – rehabilitacja
w warunkach domowych**

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?)

Uwagi:

Rehabilitacja w warunkach domowych ze względu na stan zdrowia:

- ☐ tak
- ☐ nie

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza