

**Zadanie finansowane z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
„Centra opiekuńczo-mieszkalne”**

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Starachowicach

Starachowice, dnia

.....
/pieczęć nagłówekowa/

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

1. Imię i Nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Starachowicach, 27-200 Starachowice, ul. Kochanowskiego 5a:

Pan/Pani

2. Adres zamieszkania, Starachowice,

3. Czy istnieją przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w zajęciach w Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnym w Starachowicach:

TAK*

NIE*

4. Czy osoba może samodzielnie przyjeżdżać do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Starachowicach:

TAK*

NIE*

5. Faktyczny stan zdrowia i aktualnie przyjmowane leki:

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

.....

/podpis i pieczęć lekarza/

* właściwe podkreślić