***Załącznik nr 1 do Wniosku***

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

(pieczątka ZOZ lub gabinetu lekarskiego)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nisku

Imię i nazwisko pacjenta...............................................................................................................

Data urodzenia…………………………...................................................................................... PESEL……………………………...……………………………………………………………

Miejsce zamieszkania…………………………………………………………………….……..

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

Stwierdzam, że pacjent jest:

1. osobą niesamodzielną
2. osoba nie niesamodzielną\*

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

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

(Nazwa sprzętu)

………………………………

Podpis i pieczątka lekarza

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

Miejscowość i data

\*właściwe podkreślić