

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA

.....
(imię i nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie do Powiatowego Środowiskowego Domu Samopomocy w Stąporkowie)

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza rodzinnego)

Prosimy o wpisanie braku ewentualnych przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach w PŚDS wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie – zgodnie z nowym Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (DZ.U. z 2010 r. Nr238. poz. 1586)