…………....………………………………………..

 (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

**ZAŚWIADCZENIE**

Pan/i/ .......................................................................................................................

PESEL ....................................................... ur. .......................................................

zam. ........................................................................................................................

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

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

*Data*, *podpis i pieczęć lekarza*