

.....
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

**dla celów ubiegania się o skierowanie
do Środowiskowego Domu Samopomocy w Starogardzie Gdańskim**

I. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:

Pani/Pan

zam. 83-200 Starogard Gdański ul.

PESEL

II. Opis stanu zdrowia:

.....

.....

.....

.....

**Nie występują/występują przeciwwskazania* do uczestnictwa w zajęciach
środowiskowego domu samopomocy.**

III. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie:

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić

Podstawa prawna: § 7 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 249).