

.....
(pieczętka podmiotu leczniczego)

Z a ś w i a d c z e n i e l e k a r s k i e

Pacjent/ka..... ur.,
zam. 83-200 Starogard Gdański ul.
z powodu
(wpisać rozpoznanie)

.....
wymaga objęcia pomocą społeczną w formie specjalistycznych usług opiekuńczych.

Lp.	Rodzaj specjalistycznych usług i ich zakres	Tygodniowy wymiar godzin usług	Okres świadczenia usług
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Starogardzie Gdańskim.

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

....., dnia
(miejsowość)