*Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie*

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

(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej numer

Identyfikacyjny REGON)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

W wyniku badania lekarskiego i oceny stanu zdrowia stwierdzam,

że Pan/ Pani ……………………………………….………………………………………………………………….………………. PESEL ……………………………………….Zamieszkały/a ……………………………………………………………………..

jest osobą niesamodzielną lub/i niepełnosprawną[[1]](#footnote-1)  w rozumieniu wytycznych, zakresie realizowanych przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawnośćwymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia.

**Stwierdzam, że:**

□ istnieje konieczności objęcia Pana/Pani wsparciem oraz potwierdzam niemożność Pana/Pani do wykonywania co najmniej 1 z podstawowych czynności dnia codziennego

□ brak konieczności objęcia Pana/Pani wsparciem oraz nie potwierdzam niemożności Pana/Pani do wykonywania co najmniej 1 z podstawowych czynności dnia codziennego

……………..……… ……………………………………………………………………….  *(data) (pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty )*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)