*Zał. nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

*pt. Rozwój Centrum Kompleksowej Opieki Osób w Dobrzechowie*

………………………………………

Miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane na potrzebę rekrutacji uczestników projektu**

**pt. Rozwój Centrum Kompleksowej Opieki Osób w Dobrzechowie**

 **prowadzonego przez B2 Sp. z o.o.**

Imię i nazwisko:

…………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

…………………………………………………………………………………………………

Numer Pesel, a w przypadku braku numeru PESEL, nr dokumentu stwierdzającego tożsamość:

…………………………………………………………………………………………………

Zaświadczam, że wyżej wymieniona osoba potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności w związku
z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

………………………………………………………………

 Pieczęć, podpis lekarza ubezpieczenia zdrowotnego