*Załącznik nr 4 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
– Zaświadczenia lekarskie*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane na potrzeby rekrutacji**

**do projektu „Rozwój usług opiekuńczych poza miejscem zamieszkania – Klub Seniora w Gminie Baranów Sandomierski”**

Zaświadczam, że Pani/Pan …………………......................................................................

*(imię i nazwisko Kandydatki/ta)*

Zamieszkała/y ..........................................................................……………………….........

*(Pełny adres zamieszkania Kandydatki/ta)*

PESEL: ………………………………………………………………………

ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia
w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej
z podstawowych czynności dnia codziennego.

……………………………… ……………………………….

*Miejscowość, data Pieczęć i podpis lekarza*

*pierwszego kontaktu*