



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

**wydane na potrzeby rekrutacji
do Zadania nr 3 - Organizacja usług sąsiedzkich
w Mieście Dynów**

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*