

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dotyczące osoby ubiegającej się o przyznanie miejsca
w Środowiskowym Domu Samopomocy w Janówce

1. Imię i nazwisko

2. Adres

3. Rozpoznanie dotyczące występujących zaburzeń psychicznych:

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

kwalifikujących w/w osobę do Środowiskowego Domu Samopomocy w Janówce typu /podkreślić
jeden z wymienionych niżej/:

- A – dla osób przewlekle psychicznie chorych
- B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną

*Zaświadczenie wydawane jest na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w Środowiskowym Domu Samopomocy
w Janówce.*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa)