



.....  
(miejsowość i data )

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE OKREŚLAJĄCE RODZAJ POTRZEBNEGO SPRZĘTU**

**Wydaje się dla potrzeb projektu**

**pt. „Kutnowskie Centrum Usług Środowiskowych” nr RPLD.09.02.01-IP.01-10-002/21**

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-20

Oś priorytetowa IX „włączenie społeczne”

Działanie IX.2 „Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”

Poddziałanie IX.2.1 „Usługi społeczne i zdrowotne”

**Imię i nazwisko**.....

**zamieszkałą/ym** .....

**o numerze PESEL** .....

Stwierdzam, że wyżej wymieniona osoba wymaga korzystania z następującego sprzętu rehabilitacyjnego/opiekuńczego:

.....

.....

.....

(podać rodzaj sprzętu)

.....  
(podpis i pieczętka lekarza)