Załącznik 3 do Regulaminu rekrutacji i udziału w zajęciach ośrodka wsparcia

**Zaświadczenie lekarskie**

**o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

**w ośrodku wsparcia[[1]](#footnote-1)**

Wzór[[2]](#footnote-2)

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani ……….……………………………………........

zam. ……………………………………………. PESEL: ………………………………...

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która 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.

Nie ma przeciwskazań do udziału w zajęciach prowadzonych w ośrodku wsparcia dziennego.

……………………… …………………………………

miejscowość i data podpis i pieczęć lekarza

1. W rozumieniu art. 51 ust. 4 ustawy o pomocy społecznej ośrodki wsparcia są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, typu wsparcia dziennego skierowane do osób, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność wymagają częściowej opieki i pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dopuszcza się złożenie zaświadczenia na innym druku pod warunkiem zachowania tożsamych zapisów. [↑](#footnote-ref-2)