Brzeziny, dn. ………………………………………...

……………………………………………

Pieczątka zakładu opieki lekarskiej

**Zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwskazań do uczestnictwa w zajęciach środowiskowego domu samopomocy**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Imię i nazwisko pacjenta/pesel

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Adres zamieszkania

Stan zdrowia pacjenta:……………………………………………………………………………………………………………

Przeciwskazania: …………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………..

 Podpis i pieczęć lekarza

**Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy (Dz.U. z 2020 r. poz. 249)**