

Starachowice

.....
pieczęć placówki zdrowia

**ZAŚWIADCZENIE
LEKARSKIE**

(dla potrzeb Centrum Usług Społecznych w Starachowicach)

Niniejszym oświadcza się że Pan(i)

ur. zam. Starachowice ul.

jest osobą leczoną z powodu następujących schorzeń.....

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

U Pacjenta nie występują żadne przeciwwskazania medyczne do korzystania z opaski bezpieczeństwa (jeśli występują to jakie)

.....
.....

Niniejsze zaświadczenie wydaje się na potrzeby zakwalifikowania się do udziału w Programie "Korpus Wsparcia Seniorów"