……………………………………. ……………………., dnia…………..20.…...r.

(miejsce na pieczątkę) (miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO**

Nazwisko i imię……………………………………………. Pesel……………………………………...

Data urodzenie……………………………… Nazwa i nr dowodu tożsamości…………………………

Zamieszkały(a)……………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………....

Informacja o stanie zdrowia i braku przeciwwskazań do uczestnictwa w Środowiskowym Domu Samopomocy

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Informacja o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**Zaświadczenie wydaje się na okres……………………………………..**

**Cel wydania zaświadczenia: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kolbuszowej**

**Uczestnictwo w Środowiskowym Domu Samopomocy w Kolbuszowej**

……………………………….

PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA

Podstawa prawna:

Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 roku w sprawie Środowiskowych Domów Samopomocy:

§7 pkt 1. Wniosek o skierowanie do domu na pobyt dzienny lub całodobowy składa się do ośrodka pomocy społecznej właściwego ze względu na miejsce zamieszkania osoby ubiegającej się o skierowanie, dołączając zaświadczenie lekarskie, wydane przez lekarza psychiatrę lub lekarza neurologa, o występujących zaburzeniach psychicznych oraz **zaświadczenie lekarza rodzinnego o stanie zdrowia i o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach domu wraz z informacją o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie,** a także orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o ile osoba takie posiada.