*Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego – Zaświadczenia lekarskie*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**wydane na potrzeby rekrutacji**

**do projektu pn. „Daj sobie pomóc”**

Zaświadczam, że Pani/Pan …………………...................................................................................................

*(imię i nazwisko Kandydatki/ta)*

Zamieszkała/y ..........................................................................................................................................

*(Pełny adres zamieszkania Kandydatki/ta)*

PESEL: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

jest osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj. osobą, 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 (podstawowe czynności dnia codziennego to m. in.: spożywanie posiłków, poruszanie się, wchodzenie i schodzenie po schodach, siadanie, ubieranie się i rozbieranie, utrzymanie higieny osobistej, korzystanie z toalety, kontrolowanie czynności fizjologicznych).

…………………………………………. …………………………………………..

*Miejscowość, data Pieczęć i podpis lekarza*

*pierwszego kontaktu*