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

 (pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO O STANIE ZDROWIA I O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ DO UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH ŚRODOWISKOWEGO DOMU SAMOPOMOCY**

1. Dane osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS:

Imię i nazwisko: ...................................................................................................................

Data urodzenia: .....................................................................................................................

 Adres zamieszkania/pobytu\*: ...............................................................................................

 2. Informacja o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o skierowanie do ŚDS: .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 3. Informacja o sprawności w zakresie lokomocji w przypadku osób niepełnosprawnych fizycznie: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................

4. Wskazania/przeciwwskazania\* do uczestnictwa w zajęciach ŚDS: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Miejscowość: ....................................

Data: ................................................. ...................................................... (podpis i pieczęć lekarza)

Podstawa prawna: § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. z 2020 r., poz. 249)

\* niepotrzebne skreślić