Pieczęć Zakładu Opieki Zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dotyczące osoby ubiegającej się o przyznanie miejsca
w Środowiskowym Domu Samopomocy

1. Imię i nazwisko ..………………………………………………,PESEL……………………………
2. Adres ..…………………………………….………………………………………………………...
3. Rozpoznanie dotyczące występujących zaburzeń psychicznych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… kwalifikujących w/w osobę do Środowiskowego Domu Samopomocy typu /podkreślić **jeden**  z wymienionych niżej/:
* A – dla osób przewlekle psychicznie chorych
* B – dla osób z niepełnosprawnością intelektualną
* C – dla osób wykazujących inne przewlekłe zaburzenia czynności psychicznych
* D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

*Zaświadczenie wydawane jest na prośbę osoby ubiegającej się o usługi w Środowiskowym Domu Samopomocy, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia
9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy ( Dz.U. z 2020 r. poz. 249).*

 …………………………………. ………………………………………….

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa)