**OPINIA LEKARSKA**

wydana na potrzeby realizacji projektu pn.: "Centrum Usług Społecznych w Solcu Kujawskim" realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021 – 2027 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………….

PESEL ………………………………………………………………………………………….

Zaświadczam, że w/w osoba jest osobą niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia wymaga wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (proszę zaznaczyć właściwe):

□ spożywanie posiłków,

□ poruszanie się,

□ ubieranie,

□ rozbieranie,

□ higiena osobista,

□ korzystanie z toalety,

□ kontrolowanie czynności fizjologicznych

……………………………….. …………………………….

(miejscowość i data) (podpis i pieczątka lekarza)

**Informacja dla lekarza rodzinnego**

W związku z realizacją projektu pn.: "Centrum Usług Społecznych w Solcu Kujawskim" realizowanego w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza na lata 2021 – 2027 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus Centrum Usług Społecznych w Solcu Kujawskim zwraca się do Państwa z prośbą o wypełnienie opinii dla osoby, która chce uczestniczyć w w/w projekcie.

Dokument jest niezbędny do przystąpienia do projektu przez osobę potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności), dlatego bardzo prosimy o wypełnienie go i przekazanie pacjentowi.