



Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji i Udziału w Projekcie

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
numer identyfikacyjny REGON)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie <u>przypadku osoby chorującej psychicznie lub niesprawnej intelektualnie</u> wydane przez lekarza prowadzącego, w tym lekarza rodzinnego.
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie <u>w przypadku w przypadku niepełnosprawności sprzężonych i występowania chorób współistniejących</u> wydane przez lekarza specjalistę.
<b>Nazwisko i imię Kandydata/teki</b>
<b>PESEL</b>
<b>Rozpoznanie choroby zasadniczej</b> ..... .....
<b>Choroby współistniejące, przebyte operacje</b> ..... .....
<b>Uczulenia</b> ..... .....
<b>Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny</b> ..... ..... .....
<b>Sprawność w zakresie lokomocji</b> ..... .....
<b>Zalecenia</b> ..... .....

**Stwierdzam, że:**

- nie ma przeciwwskazań** do udziału w Projekcie pt. „Mieszkania treningowe - szansą na samodzielność -2” i badana osoba może zostać objęta treningami mieszkalnictwa realizowanymi w mieszkaniach wspomaganych (treningowych) świadczących usługi w formie usług opiekuńczych w interesie ogólnym.<sup>1</sup>
- istnieją przeciwwskazania** do udziału w pt. „Mieszkania treningowe - szansą na samodzielność -2”, a badana osoba nie może aktualnie uczestniczyć w treningach mieszkalnictwa realizowanych w mieszkaniach wspomaganych (treningowych) świadczących usługi w formie usług opiekuńczych w interesie ogólnym<sup>1</sup>.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty)

<sup>1</sup> Wsparcie będzie udzielane m. in. w zakresie samoobsługi, samodzielności życiowej, utrzymania/ rozwijania kontaktów społecznych, pełnienia ról społecznych oraz pomocy w wykonywaniu czynności niezbędnych w codziennym funkcjonowaniu, zagospodarowania czasu wolnego, powstrzymania regresu maksymalnie osiągniętych dla danej osoby umiejętności i sprawności, itp.