**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

**Dotyczące Programu ,,Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” - edycja 2022**

**Imię i nazwisko ………………………………………………………………..…**

**Data urodzenia ………………………………………………………………..…**

**PESEL…………………………………………………………………………….**

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

**Gmina ……………………………………………………………………….……**

**W/w osoba posiada niepełnosprawność sprzężoną z trudnościami związanymi   
z mobilnością i komunikacją.**

**Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Zarzeczu.**

**Program finansowany jest z Funduszu Solidarnościowego w ramach resortowego Programu Ministra Rodziny i Polityki Społecznej.**

**………………………. …………………………**

**miejscowość, data pieczęć i podpis lekarza**