

Projekt „Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców,
dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ”
współfinansowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Załącznik nr 11 Zaświadczenie lekarskie
do Regulaminu Rekrutacji i udziału w projekcie
„Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców,
dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Niniejszym zaświadczam, że Pan/Pani
(Imię i Nazwisko)

nr PESEL

Adres zamieszkania

ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie złożyć własnoręcznego podpisu w dokumentacji rekrutacyjnej oraz innych dokumentów niezbędnych do realizacji świadczeń w ramach Projektu „Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ”.

.....

Pieczętka i podpis lekarza

OŚWIADCZENIE

Ze względu na zaświadczenie lekarskie o niemożliwości złożenia własnoręcznego podpisu w dokumentacji rekrutacyjnej oraz innych dokumentach niezbędnych do realizacji świadczeń w ramach Projektu „Rozwój usług pielęgnacyjnych w Gminie Szczerców, dedykowanych osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ”:

Pana/Pani

nr PESEL

Adres zamieszkania

oświadczam, że osobą, która jako opiekun faktyczny będzie potwierdzać własnoręcznym podpisem realizację świadczeń medycznych w ramach Projektu będzie:

1) Pan/PaniPESEL

Adres zamieszkania

Wzór podpisu:

2) Pan/PaniPESEL

Adres zamieszkania

Wzór podpisu: