

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA PSYCHIATRY lub NEUROLOGA*

1. Imię i nazwisko ubiegającego się o dzienny pobyt w Środowiskowym Domu Samopomocy w Sokółce

.....

2. Informacja o występujących zaburzeniach psychicznych i/lub stopniu upośledzenia umysłowego i/lub zaburzeniach :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, miejscowość

.....
podpis i pieczęć lekarza

*** ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE, WYDANE PRZEZ LEKARZA PSYCHIATRĘ LUB LEKARZA NEUROLOGA, O WYSTĘPUJĄCYCH ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH LUB /I STOPNIU UPOŚLEDZENIA UMYSŁOWEGO**