



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

Załącznik I A do formularza nr.....z dnia.....

(wypełnia pracownik projektu)

Miejscowość, data:

OPINIA LEKARSKA

Imię nazwisko osoby opiniowanej:

PESEL:

to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia, w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, wymaga opieki lub wsparcia, w celu zapewnienia dziennych usług opiekuńczych oraz aktywizacji w sferze fizycznej, intelektualnej i społecznej.

Podpis i pieczęć lekarza