

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Mikołów, dnia .....

**Zaświadczenie lekarskie dla potrzeb**

**Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Mikołowie**

Zaświadcza się, że Pan/Pani .....

zam. Mikołów ul. ...., ur. ....

ze względu na stan: zdrowia, długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, niezaradność spowodowaną wiekiem\*:

- wymaga/ nie wymaga\* pomocy osób drugich w postaci usług opiekuńczych przez okres .....  
miesiący/trwale\*;

- wyżej wymienione usługi powinny być sprawowane w dni powszednie/zarówno w dni powszednie,  
jak również w soboty i w niedziele\*

.....

pieczętka i podpis lekarza

\*niepotrzebne skreślić