

Załącznik nr 1

do Zgłoszenia udziału w procesie rekrutacji
w projekcie systemowym

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub gabinetu lekarskiego)

Zaświadczenie lekarskie

dotyczące udziału w projekcie systemowym

*„Program wsparcia społeczno – zawodowego
osób opuszczających placówki opiekuńczo – wychowawcze i rodziny zastępcze
oraz osób niepełnosprawnych z powiatu opolskiego”*

**realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
w Opolu Lubelskim z siedzibą w Poniatowej w 2014r.
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki**

Imię i nazwisko.....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

.....

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu | <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku | <input type="checkbox"/> padaczka |
| <input type="checkbox"/> choroba psychiczna | <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe |
| <input type="checkbox"/> schorzenia układu krążenia | <input type="checkbox"/> inne (jakie?)..... |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | |

Konieczność korzystania z pomocy opiekuna na pobycie rehabilitacyjno – szkoleniowym*

- NIE
- TAK – uzasadnienie
-
-

*właściwe zaznaczyć

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis lekarza)



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

