

.....
pieczęć przychodni miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko:.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zamieszkały(a).....

Stan zdrowia pacjenta kwalifikuje go do skorzystania z usług rehabilitacyjnych w zakresie*:

MASAŻ:		
suchy	TAK	NIE
częściowy	TAK	NIE
lecniczy	TAK	NIE
limfatyczny ręczny	TAK	NIE
Limfatyczny mechaniczny	TAK	NIE
MOBILIZACJE:	TAK	NIE
ĆWICZENIA AKTYWNE:	TAK	NIE

Cel wydania zaświadczenia: na prośbę zainteresowanego, celem skorzystania z usług rehabilitacyjnych w ramach zadania nr 1 „Holistyczne wsparcie z dziennymi usługami opiekuńczymi” w projekcie pn. „Nie ma jak w domu” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Działania 8.5 Usługi społeczne Priorytetu VIII Zwiększenie spójności społecznej, realizowany na podstawie umowy nr FELU.08.05-IZ.00-0007/25 z dnia 13.10.2025 r.

*niepotrzebne skreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Projekt „Nie ma jak w domu”
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)
w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027