**Zaświadczenie lekarskie**

**do rekrutacji i uczestnictwa we wsparciu w procesie usamodzielnienia,
w tym aktywności społecznej, zawodowej i mobilizacji do bycia aktywnym członkiem społeczeństwa poprzez udział w usługach w postaci mieszkalnictwa wspomaganego treningowego oraz realizację Indywidualnych Programów Usamodzielnienia.**

**Pan/i** …………………………………………………………………………….........................

**Urodzona/y** ……………………………………………………………………………………..

**Zamieszkała/y**…………………………………………………………………………………..

 .. …………………………………………………………………………………

**Rozpoznanie choroby zasadniczej**

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

**Choroby współistniejące, przebyte operacje**

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

**Uczulenia**

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

**Przyjmowane leki (nazwa i dawkowanie); zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny**

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

**Sprawność w zakresie lokomocji**

…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

…............................................ podpis i pieczęć lekarza

Zaświadczenie wydaje się celem realizacji projektu pn „Droga do samodzielności w Zespole Placówek Szkolno - Wychowawczo - Rewalidacyjnych w Cudzynowicach” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 - 2020, współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego.