

pieczęć poradni

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla osoby ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy w Hrubieszowie

Imię i nazwisko.....
Data urodzenia.....
PESEL.....
Adres.....

Rozpoznanie dotyczące występujących zaburzeń psychicznych:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

kwalityfikujących w/w osobę do Środowiskowego Domu Samopomocy w Hrubieszowie typu
(podkreślić **jeden** z wymienionych niżej):

- typ A - dla osób przewlekle psychicznie chorych
- typ B - dla osób upośledzonych umysłowo
- typ C - dla osób wykazujących inne przewlekle zaburzenia czynności psychicznych
- typ D - dla osób ze spektrum autyzmu lub niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Zaświadczenie wydane na prośbę zainteresowanego zgodnie z §7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (tj. Dz. U. z2020 poz.249)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza psychiatry/neurologa)