

.....  
(PODPIS KANDYDATA)

.....  
(OPIEKUNA PRAWNEGO)

.....  
(PIECZĄTKA ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
LUB PODMIOTU WYKONUJĄCEGO  
DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane na potrzeby związane z rehabilitacją i uczestnictwem  
osoby niepełnosprawnej w warsztatach terapii zajęciowej

Imię i nazwisko.....

Numer PESEL.....

Adres zamieszkania.....  
.....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Choroby współistniejące, przebyte operacje:**.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Uczulenia:**.....

.....

.....

.....

**Przyjmowane leki** (nazwa i dawkowanie), **zaopatrzenie ortopedyczne:**.....

.....

.....

.....

.....

.....

(MIEJSCOWOŚĆ)

.....

(DATA: DD/MM/RRRR)

.....

(PIECZĘĆ I PODPIS LEKARZA)