

.....
(data wystawienia)

.....
(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA RODZINNEGO

o sprawności w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie i z zaburzeniami zachowań

1. Imię i nazwisko

2. Data urodzenia

3. Adres zamieszkania

4. **Niesprawny** w zakresie lokomocji osób niepełnosprawnych fizycznie i z zaburzeniami zachowań.

Zaświadczenie wydaje się na prośbę Środowiskowego Domu Samopomocy w Wolbromiu, ul. Skalska 20 w związku z par. 7 i par. 20 Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 9 grudnia 2010 r. w sprawie środowiskowych domów samopomocy (Dz. U. Nr 238 poz. 1586 z 2010 r.) dotyczy zapewnienia usług transportowych polegających na dowożeniu na zajęcia i odwożeniu po zajęciach.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)