



**Załącznik nr 2**

.....

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego  
indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

**ZAŚWIADCZENIE  
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH  
DO ZAMIESZKANIA GRUPOWEGO**

Oświadczam, że Pan/Pani.....

(imię i nazwisko)

PESEL.....

- nie posiada chorób zakaźnych, które stanowiłyby przeciwwskazanie do zamieszkania grupowego;
- nie występują schorzenia somatyczne, które stanowiłyby przeciwwskazania do zamieszkania grupowego;
- nie występują/występują\* problemy lokomocyjne (jakie?) .....,  
które wymagają dostosowania przestrzeni mieszkania do potrzeb w/w osoby.

Podpis lekarza

.....

*\*niepotrzebne skreślić*

**LIDER PROJEKTU**

Województwo Podlaskie - Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Białymstoku  
ul. Kombatantów 7, 15-110 Białystok, tel. 85 744 72 72, fax 85 744 71 37, e-mail: rops@rops-bialystok.pl, www.rops-bialystok.pl

**PARTNERZY PROJEKTU**



Województwo  
Podlaskie

