

.....
Pieczętka ośrodka zdrowia

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

IMIĘ NAZWISKO

DATA URODZENIA PESEL

ADRES

Zaświadcza się, że pacjent jest zdrowy/choruje przewlekłe na

.....

.....

.....

Jednocześnie zaświadcza się, że stan zdrowia pacjenta pozwala / nie pozwala* na sprawowanie właściwej opieki nad dzieckiem umieszczonym w rodzinnej pieczy zastępczej, zgodnie z art. 45a ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej /Dz. U. z 2024 r. poz. 177/

Zaświadczenie wydaje się dla Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lublińcu, ul. Sobieskiego 9.
tel. 34 356 32 57

.....
Pieczętka i podpis lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

*niewłaściwe skreślić