



Fundusze Europejskie  
dla Lubuskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Lubuskie  
Warte zachodu

**OŚRODEK**  
**POMOCY SPOŁECZNEJ**  
**W ŻAROWIE**

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

Zaświadczam, że Pani/Pan

.....

ur. ....zam. w Gminie Żarów.....

otrzymująca wsparcie w formie mieszkania wspomaganego nie wymaga zapewnienia całodobowej opieki.

Żarów, dnia .....

.....

Pieczęć i podpis lekarza  
prowadzącego lub  
rodzinnego