Zał. Nr 2a do Procedur postępowania w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Opocznie w sprawach dotyczących kierowania i ustalania odpłatności za pobyt osób w domach pomocy społecznej

*Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej*

# *ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

**Pani/Pan**.....

**zam**.....

świadomie i z własnej woli podjęła/podjął decyzję o zamieszkaniu w domu pomocy społecznej.

..... .....

***podpis osoby ubiegającej się o umieszczenie domu pomocy społecznej***

***data/podpis i pieczątka lekarza***