

Milicz, dn. ....

## Z A Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym zaświadcza się, że Pan (i).....

ur. ....zam. ....

wymaga pomocy usługowej w miejscu zamieszkania z uwagi na:

.....  
.....  
.....

Stan zdrowia w/w rokuje/ nie rokuje poprawy (\*niepotrzebne skreślić)

*Zaświadczenie wydano na prośbę Ośrodka Pomocy Społecznej w Miliczu.*

Zaświadczenie jest ważne 1 rok.

.....

(podpis lekarza)