*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

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

*Stempel zakładu opieki zdrowotnej .............................., dnia............*

 *lub praktyki lekarskiej*

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE\***

wydane do deklaracji korzystania z usług door to door świadczonych

przez Gminę Brzozów dla osób z potrzebami wsparcia w zakresie mobilności

1. Imię i nazwisko Pacjenta ......................................................................................................................
2. Data urodzenia **……………………………………………………………..**
3. Stwierdza się, że Pacjent ma trudności w poruszaniu się i samodzielnym korzystaniu z komunikacji publicznej czasowo\*\* do………………………………….\trwale\*\*

........................................, dnia .............. ...............................................

 (miejscowość ) (data) pieczątka i podpis lekarza

\*o specjalności: ortopedy, rehabilitacji, neurologa lub okulisty - odpowiednio do posiadanej dysfunkcji lub lekarza rodzinnego

\*\* wykreślić niepotrzebne