

.....  
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla potrzeb uczestnictwa w projekcie pn. „Nie jesteście Sami Jesteśmy z Wami!” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL

.....  
Adres zamieszkania

Oświadczam, że pacjent jest w trakcie rehabilitacji po przebyciu COVID-19.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Podpis i pieczęć lekarza)