



**Zaświadczenie beneficjenta
do prowadzenia rehabilitacji domowej**

Zaświadcza się, że Pan/i :

Imię i nazwisko:

PESEL: _ _ _ _ _

Miejsce zamieszkania:

☐ nie ma żadnych przeciwwskazań do prowadzenia rehabilitacji domowej *

☐ są przeciwwskazania do prowadzenia rehabilitacji domowej *

jakie.....

.....
podpis lekarza/rehabilitanta

* odpowiednią opcję zakreślić krzyżykiem