

.....

**Zaświadczenie lekarskie w celu ustalenia uprawnień do pomocy społecznej**  
**z powodu długotrwałej choroby / ciężkiej choroby \***

**zam.** .....

### 1. Stan zdrowia powoduje konieczność\*

- 2. Choroba powoduje ograniczenia dla osoby w wielu produkcyjnym w:**

- przez okres .....

.....

**/pieczęć i podpis lekarza**