



Załącznik nr. 6 do Regulaminu rekrutacji

OPINIA LEKARZA LUB SPECJALISTY Z ZAKRESU REHABILITACJI RUCHOWEJ/FIZJOTERAPII

Dla potrzeb uczestnika projektu 'Po ludzku, po sąsiedzku, u siebie,'

na temat rehabilitacji fizycznej i usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu, w zakresie nie objętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210.poz.2135 z póź.zm.)

1. Imię i nazwisko uczestniczki/ka projektu zainteresowanej/nego usprawnieniem zaburzonych funkcji organizmu:.....
2. Adres zamieszkania:.....
3. Czy osoba wyszczególniona w pkt.1. kwalifikuje się do usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nie objętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tak

Nie

4. Jeżeli „Tak”, to w jakim zakresie?

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

.....
Data, podpis lekarza/specjalisty rehabilitacji ruchowej/fizjoterapii



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

