

Tychy, dnia.....

**Zaświadczenie dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Tychach**

Zaświadcza się, że Pan/i.....  
rozpoznanie lekarskie:.....  
zam. ....  
ze względu na stan zdrowia: długotrwałą chorobę, inwalidztwo, niezaradność spowodowaną  
wiekiem\*) wymaga pomocy osób drugih, przez okres.....miesiący.  
W postaci usług opiekuńczo – medycznych lub usług opiekuńczych \*)  
w ilości.....godzin dziennie,  
w tym również w dni wolne od pracy: tak, nie\*)  
i w godzinach popołudniowych: tak, nie \*)  
Ze względu na (np. odleżyny).....  
zaleca się szczególną pielęgnację w postaci.....  
.....

\*) właściwe podkreślić

pieczętka i podpis lekarza