

\_\_\_\_\_  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

### **Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia**

stanowi załącznik do formularza rekrutacyjnego do udziału w projekcie dofinansowanym z Funduszy Europejskich

„ *Kompleksowa opieka nad pacjentem z niewydolnością serca* ”

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_

**Data urodzenia:** \_\_\_\_\_

**PESEL:** \_\_\_\_\_

#### **1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

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

#### **2. Choroby współistniejące:**

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

\_\_\_\_\_  
pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie