

**Załącznik nr 5 regulaminu rekrutacji uczestników projektu  
„Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz  
wspierających osoby niesamodzielne – III edycja”**

....., dn. .... r.

miejsowość

**SKIEROWANIE LEKARSKIE NA ZABIEGI REHABILITACYJNE  
w ramach projektu pn. „Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz  
wspierających osoby niesamodzielne – III edycja”**

**NINIEJSZYM KIERUJĘ**

**Panią/Pana/małol.\***

.....

**PESEL** .....

Adres zamieszkania .....

.....

Gmina .....

Rodzaj schorzenia: .....

.....

Cel zabiegów (określenie dysfunkcji): .....

.....

.....

[www.mapadotacji.gov.pl](http://www.mapadotacji.gov.pl)



Fundusze Europejskie  
dla Opolskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**OPOLSKIE**

**NA REHABILITACJĘ MEDYCZNĄ (maksymalnie 10 godzin), w tym:**

**1. Ruchową:**

łącznie ilość godzin - ..... ,

okolica ciała - .....

**2. Fizjoterapię:**

łącznie ilość godzin - ..... .

okolica ciała - .....

**3. Laseroterapię**

łącznie ilość godzin - ..... ,

okolica ciała - .....

.....

podpis i pieczęć lekarza wystawiającego skierowanie

*\*niewłaściwe skreślić*

[www.mapadotacji.gov.pl](http://www.mapadotacji.gov.pl)

*Projekt Nie-Sami-Dzielni – rozwój usług społecznych oraz wspierających osoby niesamodzielne – III edycja  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla  
Opolskiego 2021-2027 Priorytet 07 - Fundusze Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim  
Działanie 07.01 - Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa*