Piotrków Tryb., dn. ………………………………………………..

(pieczęć jednostki kierującej)

**SKIEROWANIE**

Kieruję Pana/ Panią …………………………………………………………………………………………….. lat……………

adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………………………………………… telefon: ………………………….

Rozpoznanie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

(w języku polskim)

do Środowiskowego Domu Samopomocy w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Dmowskiego 20.

Stwierdzam brak przeciwwskazań do uczestniczenia osoby w zajęciach prowadzonych w w/w placówce.

………………………………………………………………….

pieczątka i podpis lekarza