



(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej)

....., dnia

Zaświadczenie lekarskie

Imię

Nazwisko

PESEL:																				
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania

Zaświadczam, iż w/w **posiada / nie posiada*** zdolność do sprawowania właściwej opieki nad dzieckiem.

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie w związku z zapisami art. 42 ust. 1 pkt 5) lit. a) ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

* niewłaściwe skreślić