

Załącznik nr 2 do regulaminu organizacji mieszkań WYTCNIENIOWYCH

OPINIA lekarza

| | |
|---------------------------|--|
| Tytuł projektu: | „OKNO DO LEPSZEGO ŻYCIA – utworzenia i prowadzenie 3 mieszkań treningowych, 2 wspieranych i 2 wytchnieniowych oraz wsparcie 50 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, zamieszkujących gminy: Miastko, Koczała i Trzebiel w okresie od VII'22 do IX'23 |
| Nr projektu: | RPPM.06.02.02-22-0010/21 |
| Program Operacyjny | RPO WP 2014-2020 |
| Działanie: | 06.02. Usługi Społeczne |
| Poddziałanie: | 06.02.02. Rozwój usług społecznych |

**Opinia nt. zasadności wsparcia w ramach:
ZADANIE 3 – MIESZKANIA WYTCNIENIOWE**

Dane opiekuna osoby niesamodzielnej

| Lp. | Nazwa | |
|-----|--------------|--|
| 1. | Imię | |
| 2. | Nazwisko | |
| 3. | PESEL | |
| 4. | Płeć | |
| 5. | Województwo | |
| 6. | Powiat | |
| 7. | Gmina | |
| 8. | Miejscowość | |
| 9. | Ulica | |
| 10. | Nr budynku | |
| 11. | Nr lokalu | |
| 12. | Kod pocztowy | |

OPINIA nt. zasadności udzielenia wsparcia w ramach mieszkania wyłchnieniowego

Opiniujący lekarz

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko lekarza | |
| Pieczęć jednostki służby zdrowia | |
| Data, podpis i pieczęć osoby wystawiającej opinię | |



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne

