

.....  
Pieczętka adresowa zakładu opieki  
zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

.....  
Miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE W CELU USTALENIA UPRAWNIENÍ DO  
ŚWIADCZEŃ Z POMOCY SPOŁECZNEJ Z TYTUŁU DŁUGOTRWAŁEJ CHOROBY\***

Zaświadcza się, że

Pan/Pani .....PESEL

zamieszkały/a.....

jest długotrwale chory/a na .....

.....

.....

Stan zdrowia u n i e m o ż l i w i a podjęcie zatrudnienia :

|            |                          |  |
|------------|--------------------------|--|
| całkowicie | <input type="checkbox"/> | (wstawić znak „x” tylko w jedną rubrykę) |
| częściowo  | <input type="checkbox"/> |  |

przez okres:

|            |                          |  |
|------------|--------------------------|--|
| 1 miesiąca | <input type="checkbox"/> | (wstawić znak „x” tylko w jedną rubrykę) |
| 2 miesięcy | <input type="checkbox"/> |  |
| 3 miesięcy | <input type="checkbox"/> |  |

Zaświadczenie obowiązuje do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym upływa jego ważność.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Ustroniu ul. M. Konopnickiej 40; tel. 33 854 26 34

.....  
Data, pieczętka i podpis lekarza

*\* W związku z art. 16 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019.0.1373 t.j) wydanie zaświadczenia przez niepubliczny zakład opieki zdrowotnej posiadający umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartą z NFZ jest zwolnione z opłat.*