

.....  
Miejscowość, data

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie **lekarza psychiatry lub neurologa** dla osoby  
ubiegającej się o skierowanie do Środowiskowego Domu Samopomocy

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

Pesel.....

Rozpoznanie (występujące zaburzenia psychiczne).....

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
podpis lekarza neurologa  
lub psychiatry