………………………………………………, …………………………….

miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE**

Na podstawie wywiadu i obserwacji poświadczam, że Pan/Pani ………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL ………………………………………………………………………….., jest dotknięta skutkami COVID-19.

Zaświadczenie wydaje się w celu udziału w projekcie finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanym przez Stowarzyszenie Gospodarstw Opiekuńczych Województwa Kujawsko -Pomorskiego.

………………………………………………………………………………………….

Pieczątka i podpis lekarza