Bydgoszcz, dnia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Pieczęć placówki medycznej*

**Zaświadczenie lekarskie**

Zaświadczam, że nie ma przeciwskazań, do wykonywania obowiązków asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej przez Panią/Pana\*:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ur.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zamieszkałej/ego w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ul.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podstawowy zakres czynności asystenta:

- wsparcie w prowadzeniu gospodarstwa domowego i wypełnianiu ról społecznych (pomoc w sprzątaniu, dokonywaniu zakupów, mycie okien, pranie i prasowanie odzieży, pościeli itp.);

- wsparcie w czynnościach samoobsługowych (mycie głowy, ciała, kąpiel, zmiana pozycji osoby niepełnosprawnej, zapobieganie odleżynom itp.);

- wsparcie w przemieszczaniu się poza miejscem zamieszkania (pchanie wózka osoby niepełnosprawnej, pomoc pokonywaniu barier architektonicznych, pomoc w orientacji przestrzennej itp.);

- wsparcie w podejmowaniu aktywności życiowej i komunikowaniu się z otoczeniem (wyjścia na spacer, asystowanie osobie niepełnosprawnej w wydarzeniach kulturalnych, załatwianie spraw urzędowych itp.).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Podpis i pieczęć lekarza*