………………………….., dnia …………………………..

ZAŚWIADCZENIE

 Zaświadczam, że Pan/i ………………………………………………………………………………………………

ur. ……………………………….. zam. …………………………………………………………………………………………….. jest zdolny(a)/nie jest zdolny(a)\* do świadomego podejmowania decyzji we własnych sprawach życiowych, w tym co do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

…………………………………………………………..

 (podpis i pieczęć lekarza psychiatry)

\*Niewłaściwe skreślić