

Pétfürdői Polgármesteri Hivatal
8105 P é t f ü r d ő, Berhidai út 6/C.
Tel.: 88/588-920; 588-910, 787-919
e-mail: onkormanyzat@petfurdo.hu
KRID szám: 506 161 974

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolás címén nyújtható települési támogatáshoz

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

- a) Neve:
- b) Születési neve:
- c) Anyja neve:
- d) Születési hely, év, hó, nap:
- e) Lakóhely:
- f) Tartózkodási hely:
- g) Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a.....
.....
számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

- 3 hónapnál hosszabb, vagy
- 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe