Załącznik **nr 3** do Procedury kwalifikowania kandydatów na rodziny

 zastępcze niezawodowe, zawodowe lub do prowadzenia

 rodzinnego domu dziecka w Powiecie Gdańskim

  *(pieczątka zakładu)*

Zaświadczenie lekarskie

dla kandydatów do pełnienia funkcji rodziny zastępczej\*

Imię i nazwisko ………………………………….…………………………………………………………………………

Data urodzenia …………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ..……………………………………………………………………………………………………

1. Stan zdrowia:

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

2. Leczenie w poradniach specjalistycznych:

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

3. Przeciwskazania do pełnienia funkcji rodziny zastępczej:

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

Kandydat jest zdolny/a / niezdolny/a\* do pełnienia funkcji rodziny zastępczej.

\*właściwe zakreślić

…………………………………… …….……..………………………….

 (miejscowość, data) (pieczątka i podpis lekarza)

\*zaświadczenie wydaje się na potrzeby Działu Pieczy Zastępczej Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pruszczu Gdańskim zgodnie z art. 42 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 09 czerwca 2013r. o wspieraniu i systemie pieczy zastępczej.