

.....

stempel zakładu opieki zdrowotnej

ZAŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że Pan/Pani
.....

PESEL jest zdolny/a do świadomego podejmowania decyzji, w tym
co do umieszczenia w domu pomocy społecznej.

.....

Miejscowość i data

.....

podpis i pieczęć psychiatry