**Załącznik nr 3 Zaświadczenie od lekarza rodzinnego**

……………………………………………….

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej lub lekarza wykonującego

indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

**ZAŚWIADCZENIE
O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO ZAMIESZKANIA GRUPOWEGO**

Oświadczam, że Pan/Pani…………………............................... PESEL…………………………………
 *(imię i nazwisko)*

nie posiada chorób zakaźnych lub innych chorób somatycznych, które stanowiłyby przeciwwskazanie do zamieszkania grupowego.

 podpis lekarza

……………………..