

ORVOSI IGAZOLÁS

Szociális rászorultság igazolása egészségi állapot alapján

(60 év alatti személyek esetén)

Név:.....

Születési név:.....

Anyja neve:.....

Születési hely, idő:.....

Lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

Igazolom, hogy fent nevezett egészségi állapota miatt étkezését nem képes biztosítani.

Megjegyzés az egészségi állapotra vonatkozóan:

.....
.....
.....
.....

Dátum:.....

Ph.

.....

házi orvos/ kezelő orvos