



RPLD.10.03.02-10-A015/19

Załącznik nr 1 do Regulaminu

**ZAŚWIADCZENIE / OPINIA UMOŻLIWIAJĄCA UDZIAŁ
w projekcie „Odchudzamy Łódzkie! Zintegrowany program utrzymania
aktywności zawodowej poprzez dietę i ćwiczenia”**

Pan/Pani:

Pesel:

Zamieszkujący/-a powiat:

wymaga udziału w programie zdrowotnym dotyczącym przeciwdziałania nadwadze i otyłości. Pacjent wstępnie kwalifikuje się do udziału w programie zakładającym leczenie dietą i ruchem oraz nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w programie ze względu na przebyte choroby.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza