**WZÓR ZAŚWIADCZENIA LEKARSKIEGO DO WNIOSKU O PRZYZNANIE ŚWIADCZENIA SOCJALNEGO**

Poniższe zaświadczenie składać w sytuacji ubiegania się o świadczenie socjalne w **formie dopłaty do kosztów leczenia oraz zwrotu części kosztów opieki paliatywno – hospicyjnej** określonego w § 2 pkt 2 rozporządzenia MSWiA w sprawie funduszu socjalnego emerytów i rencistów Policji, Straży Granicznej, Straży Marszałkowskiej, Biura Ochrony Rządu, Służby Ochrony Państwa, Państwowej Straży Pożarnej, Służby Celnej i Służby Celno-Skarbowej oraz ich rodzin (Dz.U. 2018.2391 z dnia 2018.12.21).

**UWAGA: dopuszczalne jest przedłożenie innego zaświadczenia na wzorze stosowanym przez lekarza wystawiającego.**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

(miejscowość, data)

Pani/Pan

o numerze PESEL:

cierpi na chorobę przewlekłą / wymagającą długotrwałego leczenia.

…………..............................................

(podpis i pieczątka lekarza)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------