

**Załącznik do „PROCEDURY
PRZYJĘCIA NOWEJ MIESZKANKI DO
DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ
W KRZYŻANOWICACH**

ZGŁOSZENIE	
CEL	przeprowadzenie testu na obecność wirusa SARS-CoV-2 osobie ubiegającej się o przyjęcie do* X domu pomocy społecznej <input type="checkbox"/> placówki zapewniającej całodobową osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku <input type="checkbox"/> zakładu opiekuńczo-leczniczego <input type="checkbox"/> hospicjum
Imię, nazwisko osoby ubiegającej się o przyjęcie	
PESEL	
Numer telefonu do kontaktu	
Data planowanego przyjęcia do placówki	
Nazwa placówki	
Imię i nazwisko, numer telefonu dyrektora lub właściciela placówki	

.....
data

.....
podpis dyrektora lub właściciela placówki

*właściwe zaznaczyć