

## ZARZĄDZENIE NR 35/2022

**Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bytowie  
z dnia 1 grudnia 2022 r.**

**zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji oraz zasad funkcjonowania Dziennego Domu „Senior+” w Bytowie**

Na podstawie § 1 ust. 4 Statutu Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bytowie uchwalonego Uchwałą Nr XXIV/234/2020 Rady Miejskiej w Bytowie z dnia 25 listopada 2020 r. o zmianie uchwały w sprawie nadania statutu Miejskiemu Ośrodkowi Pomocy Społecznej w Bytowie

**zarządza się co następuje:**

§ 1. Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 30/2021 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bytowie z dnia 1 grudnia 2021 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu rekrutacji oraz zasad funkcjonowania Dziennego Domu „Senior+” w Bytowie otrzymuje brzmienie jak w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Wykonanie zarządzenia powierza się Dyrektorowi Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bytowie.

§ 3. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**DYREKTOR**  
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej  
w Bytowie  
*mgr Joanna Głowczewska*

**RADCA PRAWNY**

*mgr Danuta Gawarecka*





Załącznik nr 1 do  
Zarządzenia nr 35/2022  
z dnia 01.12.2022

..... pieczęć ośrodka zdrowia
----------------------------------

### ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dane osoby ubiegającej się o przyjęcie do Domu Dziennego „Senior+” w Bytowie										
Imię										
Nazwisko										
PESEL										
Adres zamieszkania										

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej .....
2. Schorzenia współistniejące, przebyte zabiegi operacyjne .....
3. Przyjmowane leki (nazwa, dawkowanie) .....

Zaświadczam, że u w/w osoby\*:

- brak jest przeciwwskazań medycznych do udziału w zajęciach ruchowych (kinezyterapii), sportowo-rekreacyjnych i aktywizujących w Dziennym Domu „Senior +” w Bytowie;
- dobór ćwiczeń do decyzji fizjoterapeuty;

- występują przeciwwskazania medyczne do udziału w zajęciach dziennego Domu „Senior+”:
- ruchowych (kinezyterapii)
  - sportowo-rekreacyjnych
  - aktywizujących.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Pieczęć i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

**\*właściwe pole  zaznaczyć znakiem „X”**