

## СПРАВКА

Дана \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (дата рождения)

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства)

в том, что он (она) по состоянию здоровья полностью / частично утратил(а) способность либо  
(нужное подчеркнуть)

возможность осуществлять самообслуживание / самостоятельно передвигаться / обеспечивать  
основные жизненные потребности в силу возраста / заболевания / травмы.  
(нужное подчеркнуть)

Заключение: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

М.П.

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (дата)