Zał. do formularza wywiadu diagnostycznego

**Zaświadczenie psychologa o braku przeciwwskazań do wykonywania czynności przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej**

Na podstawie zapisu wskazań wynikających z Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności z dnia……………………………………:

- pkt 7 w brzmieniu „konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji:,

- pkt 8 w brzmieniu „ konieczność stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie leczenia, rehabilitacji i edukacji”,

Zaświadcza się, iż ………………………………………………………………………………………………………………………

(imię, nazwisko dziecka)

nie przejawia przeciwwskazań wynikających z:

- separacji z rodzicem / opiekunem faktycznym

- ze zmiany schematu kontaktu społecznego (zastąpienie rodzica osobą trzecią)

- inne………………………………………………………………………………………………………………………………………..

do świadczenia wsparcia – usługi asystencji osobistej na rzecz osoby z niepełnosprawnością.

………………………………………………………………………….

Podpis i pieczątka psychologa