

## SKIEROWANIE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

**Niniejszym kieruję:**

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

.....  
Nr telefonu do kontaktu

.....  
Numer PESEL

.....  
Rozpoznanie zaburzeń rozwojowych - opis

**do objęcia opieką w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”.**

Dodatkowe uwagi lekarza kierującego:

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

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć lekarza kierującego oraz pieczęć Podmiotu  
lecniczego, w którym lekarz kierujący wykonuje zawód