



**МЕДИЦИНСКА ХАРАКТЕРИСТИКА  
за психично здраве**

**на кандидат-потребител в „Дневен център за подкрепа на лица с различни форми на деменция и техните семейства“ на територията на община Варна**

Настоящото се издава на .....

/име, презиме, фамилия/

ЕГН....., адрес:.....

/област, община, град(село), ул. №, ж.к., бл., вх.,ап./

л.к. №....., издадена от МВР..... на.....Г.

**ПСИХИЧЕН СТАТУС:**.....

**ДИАГНОЗА:**.....

Извършил прегледа лекар:.....

Длъжност.....при.....

Дата:.....

Подпис:.....

(подпис и печат)

Този документ е създаден в рамките Проект BG05M9OP001-2.090-0013-C01 „Разкриване и предоставяне на интегрираните здравно-социални услуги „Център за грижа за лица с различни форми на деменция“ и Дневен център за подкрепа на лица с различни форми на деменция и техните семейства“ на територията на община Варна“, процедура BG05M9OP001-2.090 „Нова дългосрочна грижа за възрастните и хората с увреждания – Етап 2 – предоставяне на новите услуги“, приоритетна ос 2 „Намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване“, Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“ 2014-2020“. Цялата отговорност за съдържанието се носи от Община Варна и при никакви обстоятелства не може да се счита, че този документ отразява официалното становище на Европейския съюз и Управляващия орган на ОПРЧР 2014-2020.