…………………………….., dnia ………………

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**likwidacji barier w komunikowaniu się.**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………….....

Nr Pesel………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania ………………………..................................................................................

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

1. Niepełnosprawność w/w osoby dotyczy (zakreślić właściwe)
* narządu ruchu w zakresie ………………………………………………………….……
* narządu słuchu
* narządu wzroku
* narządu mowy
* niepełnosprawności intelektualnej
* innej………………………………………………………………………………….......
1. Wskazanie urządzenia ułatwiającego wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem

…………………………………………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………

1. Czy w/w osoba korzysta z zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze np. wózek inwalidzki, kule, balkonik.

 …………………………………………………………………………………………..

…………………………… ……………………………………

 Data ( pieczęć i podpis lekarza)