

....., 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 technicznych

Imię i nazwisko.....

Nr Pesel.....

Adres zamieszkania

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

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

2. Niepełnosprawność w/w osoby dotyczy (zakreślić właściwe)

- narządu ruchu w zakresie
- narządu słuchu
- narządu wzroku
- narządu mowy
- niepełnosprawności intelektualnej
- inna.....

3. Wskazanie urządzenia ułatwiającego wykonywanie podstawowych, codziennych
czynności lub kontaktów z otoczeniem

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)