

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

.....
miejscowość i data

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE W PUŁTUSKU
W CELU LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH
ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB
NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

1. Wnioskodawca:

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL.....

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji*:

- dysfunkcja narządu ruchu
- dysfunkcja narządu słuchu
- dysfunkcja narządu wzroku
- upośledzenie umysłowe
- choroba psychiczna
- epilepsja
- schorzenie układu krążenia
- schorzenie neurologiczne
- inne (jakie?).....

* zaznaczyć właściwe

3. Zaleca się likwidację barier technicznych poprzez:

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

4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych:

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

.....
(pieczęć i podpis lekarza specjalisty)

