

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....
(miejsowość, 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.....

Data i miejsce urodzenia.....

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?).....

3. Opis niepełnosprawności:

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

4. Zaleca się likwidację barier technicznych się poprzez:

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

5. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych:

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

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