

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

.....  
(miejsowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE  
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE  
W PUŁTUSKU W CELU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ  
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 w komunikowaniu się poprzez:**

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

**5. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier w komunikowaniu się:**

.....

.....

.....

.....

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