

.....  
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 ARCHITEKTONICZNYCH**  
**ZE ŚRODKÓW PFRON W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**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 architektonicznych poprzez:**

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

**4. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych:**

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

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