

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

.....
miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
WYDANE DLA POTRZEB POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
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?).....

3. Opis niepełnosprawności:

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

4. Zaleca się likwidację barier architektonicznych poprzez:

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

5. Uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych:

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

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

* właściwe zaznaczyć