

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier technicznych**
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /

- upośledzenie umysłowe
- choroby psychiczne
- zaburzenia głosu, mowy
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku
- choroby narządu ruchu
- epilepsja
- choroby układu oddechowego i krążenia
- choroby układu pokarmowego
- choroby układu moczowo- płciowego
- choroby neurologiczne
- inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego
- całościowe zaburzenia rozwojowe

II. Opis niepełnosprawności:

.....
.....

III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:

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

.....
pieczęć, podpis lekarza