…………………………….., dnia ………………

………………………………….

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie   
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

**likwidacji barier technicznych**

Imię i nazwisko………………………………………………………………………………....

Nr Pesel…………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania ………………………................................................................................

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności   
   lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………........

1. Niepełnosprawność w/w osoby dotyczy (zakreślić właściwe)

* narządu ruchu w zakresie ………………………………………………………….……
* narządu słuchu
* narządu wzroku
* narządu mowy
* niepełnosprawności intelektualnej
* inna………………………………………………………………………………….......

1. Wskazanie urządzenia ułatwiającego wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem

…………………………………………………………………………………………

….………………………………………………………………………………………

…………………………..

(pieczęć i podpis lekarza)