

Pieczętka Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
miejsowość/data

Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Przeworsku w związku z ubieganiem się o dofinansowanie do likwidacji barier architektonicznych

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności – rozpoznanie choroby zasadniczej

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

2. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji.

- Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:
 - na wózku inwalidzkim,
 - za pomocą kul, balkoniku, protez lub innych środków pomocniczych
 - inna dysfunkcja narządu ruchu
- osoba leżąca
- Dysfunkcja narządu wzroku:
 - Osoba całkowicie niewidoma
 - Osoba niedowidząca
 - inne(podać jakie).....

3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

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

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

* należy wypełnić w języku polskim czytelnie wszystkie rubryki