

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WŁOSZCZOWIE**

(dla celów dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

**Opis schorzenia podstawowego:**.....

Zdolność poruszania się:

samodzielnie bez oprzyrządowania	samodzielnie po zaprotezowaniu	z laską	przy pomocy kuli	z balkonikiem	na wózku inwalidzkim	z przewodnikiem	osoba leżąca

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

Narządu ruchu w zakresie:.....

Narządu wzroku, w zakresie:.....

Inne (jakie):.....

.....  
(data)

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