

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

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

(dla celów dofinansowania likwidacji barier technicznych 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)