

.....
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Wypełnia lekarz specjalista

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
na likwidację barier architektonicznych**

(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

Nr PESEL | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:
.....
.....

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:
.....
.....

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

.....
miejsowość i data

.....
**pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie**