.....
Pieczątka 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
<u>na likwidację barier w komunikowaniu się</u>

(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:

.....

.....

.....

....

miejscowość i data **pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie**