

.....
(Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej)

.....
(data i miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Tarnobrzegu –
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych**

Proszę wypełnić w języku polskim czytelnie

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania :

PESEL :

Rozpoznanie choroby zasadniczej (w języku polskim)

.....

.....

Trudności w zakresie technicznym związane są z rodzajem dysfunkcji:

.....

.....

Sprawność danego narządu / układu sprawia trudność w stopniu :

- znacznym,
- umiarkowanym,
- lekkim

**Rodzaj sprzętu / urządzenia służącego likwidacji barier technicznych tj. ułatwieniu lub
umożliwieniu osobie niepełnosprawnej swobodnego funkcjonowania w życiu
codziennym:**

.....

.....

Osoba wymaga likwidacji barier technicznych:

tak

nie

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier technicznych:

.....

.....

.....
Pieczęć i podpis lekarza specjalisty