

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

*wydane do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON likwidacji barier technicznych**

1. Imię i nazwisko
2. Pesel
3. Adres
4. Wnioskodawca posiada następujące trudności (ograniczenia) wynikające z niepełnosprawności związanej z uszkodzeniem:
 - 1) układu ruchu (jakie?)
 -
 - 2) narządów słuchu, mowy, wzroku, (jakie?)
 -
 - 3) innych (jakie?)
 -

co uzasadnia konieczność posługiwania się w warunkach domowych

.....

.....

nazwa urzędnika

....., dnia

.....

pieczętka i podpis lekarza

*** bariery techniczne to bariery utrudniające lub uniemożliwiające osobie niepełnosprawnej usprawnianie. Likwidacja tych barier winna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.**