

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

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

(dla celów dofinansowania likwidacji barier w komunikowaniu się
ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

Opis schorzenia podstawowego:.....
.....
.....
.....
.....

Uzasadnienie problemów w komunikowaniu się :.....
.....
.....
.....
.....

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność
pacjenta dotyczy (jakich narządów: mowy, słuchu, wzroku, inne):**

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarz specjalisty)