

.....  
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE**

( dla celów dofinansowania likwidacji barier architektonicznych i technicznych ze środków Państwowego funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Seria i nr dowodu tożsamości.....

Adres zamieszkania.....

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

**Zdolność poruszania się:**

Samodzielnie Bez oprzyrządowania	Samodzielnie Po zaprotegowaniu	Z laską	Przy pomocy kuli	Z balkonikiem	Na wózku inwalidzkim	Z przewodnikiem

**Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:**

Narządu ruchu w zakresie:.....  
.....  
.....

Narządu wzroku, w zakresie:.....  
.....  
.....

Inne (jakie):.....  
.....  
.....

.....  
(Data)

.....  
( pieczęć i podpis lekarza specjalisty)