

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

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

( 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)

.....  
(pieczętka i podpis lekarz specjalisty)