

.....  
Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

.....  
data

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

dla osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o dofinansowanie ze środków  
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**likwidacji barier technicznych**

**Barierę techniczną** to przeszkody wynikające z braku zastosowania lub niedostosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń.

**1. Imię i nazwisko:** .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

**2. Rozpoznanie chorobowe:** .....

.....

.....

.....

.....

**3. Bariery techniczne mogą zostać zlikwidowane lub ograniczone poprzez korzystanie przez wyżej wymienioną osobę z następującego urządzenia/sprzętu:**

.....

.....

.....

.....

(proszę wskazać nazwę zalecanego urządzenia/sprzętu)

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty