

.....
Pieczęć 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

Bariera techniczna 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)

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty
lub lekarza prowadzącego