

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

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wymagane do prawidłowej realizacji procesu przyznania dofinansowania
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)

**4. Niepełnosprawność powodująca konieczność korzystania z przedmiotowego sprzętu
wynika z trwałych ograniczeń funkcjonalnych?**

☐

TAK*

☐

NIE*

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
lub lekarza prowadzącego

* właściwe zakreślić X