

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

.....  
data

### **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane na potrzeby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim  
- do realizacji zadania

dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
**likwidacji barier architektonicznych**

**1. Imię i nazwisko:** .....

Adres zamieszkania: .....

PESEL: .....

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

.....

.....

**3. Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w poruszaniu się?**

TAK\*

NIE\*

**4. Na czym polegają trudności w poruszaniu się?** .....

.....

.....

.....

**5. Czy osoba wymieniona w pkt 1 porusza się:**

samodzielnie

przy pomocy balkonika

przy pomocy innych osób

przy pomocy kul/kuli

przy pomocy protez

jest osobą leżącą

na wózku inwalidzkim

przy pomocy innych przedmiotów ortopedycznych, jakich? .....

.....  
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

\* właściwe zakreślić X