

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

.....
data

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Mieście Lubawskim
- do realizacji zadania
dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier w komunikowaniu się

Bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji.

1. **Imię i nazwisko:**

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. **Rozpoznanie chorobowe:**

.....

.....

.....

3. **Czy wyżej wymieniona osoba ma trudności w komunikowaniu się i przekazywaniem informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością?**

TAK*

NIE*

4. **Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie przez ww. osobę niepełnosprawną z następującego urządzenia/sprzętu:**
(proszę wskazać nazwę zalecanego urządzenia/sprzętu)

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty

* właściwie zakreślić X