

.....
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 technicznych

Bariery techniczne to przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności przedmiotów lub urządzeń. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie.

1. Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

2. Rozpoznanie chorobowe:

.....

.....

.....

.....

3. Bariery techniczne mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie przez ww. osobę z następujących urządzeń/sprzętów:
(proszę wskazać nazwę zalecanych urządzeń/sprzętów)

.....

.....

.....

.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty