

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
LEKARZA SPECJALISTY**

(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wnioski o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych

- a) imię i nazwisko
- b) adres zamieszkania
- c) PESEL

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności

.....

.....

.....

3. Uszkodzenia innych narządów i układów, choroby współistniejące

.....

.....

4. Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się:

na wózku inwalidzkim

za pomocą kul/balkonika

osoba leżąca

inna dysfunkcja narządu ruchu

osoba oprotezowana w zakresie kończyn górnych/dolnych (jednostronne, obustronne)

dysfunkcja narządu wzroku

inne (podać jakie)

.....

.....

5. Pacjent wymaga/ nie wymaga przystosowania pomieszczeń w budynku mieszkalnym i jego najbliższego otoczenia do potrzeb jego niepełnosprawności.

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza