

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
LEKARZA SPECJALISTY**

(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wniosek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się

a) imię i nazwisko

b) adres zamieszkania

c) PESEL

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności

.....
.....
.....
.....

3. Trudności w komunikowaniu się spowodowane niepełnosprawnością

.....
.....
.....
.....

4. Rodzaje sprzętu lub urządzeń, które pomogą w likwidacji/ ograniczeniu trudności w komunikowaniu się

.....
.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza