

Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
LEKARZA SPECJALISTY**

(prosimy wypełniać czytelnie w języku polskim)

1. Dane osoby niepełnosprawnej, której dotyczy wnioszek o przyznanie dofinansowania do likwidacji barier technicznych

a) imię i nazwisko

b) adres zamieszkania

c) PESEL

2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną niepełnosprawności

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

3. Trudności techniczne spowodowane niepełnosprawnością

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

4. Rodzaje sprzętu lub urządzeń, pomocy technicznych które pomogą w funkcjonowaniu osoby niepełnosprawnej

.....
.....

.....
data

.....
pieczętka i podpis lekarza