………………………………………….

 Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

 lub gabinetu lekarskiego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

do Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Radomiu

do potrzeb ubiegania się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie

 ze środków PFRON likwidacji barier architektonicznych

***(proszę wypełnić czytelnie w języku polskim)***

Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………….. Data urodzenia ………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania …………………………………………………………………………..

Nr PESEL ……………………………………………………………………………………...

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

 …………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………..

 2. Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności
 lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:

 …………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………………………..

 3. Uzasadnienie celowości likwidacji barier architektonicznych w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej:

 ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………………………………

……………………………….. ………………………………….

 miejscowość i data pieczątka i podpis lekarza

 wystawiającego zaświadczenie