………………………………………….

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