(pieczęć zakładu)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

Imię i nazwisko …….....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

Opis rodzaju niepełnosprawności (schorzenia) uzasadniającego potrzebę likwidacji barier architektonicznych, aktualny stan pacjenta, rokowania na przyszłość, inne.

……

……

……

……

……

……

……...

…….....

……

……

……

……

……

……

……...

.....

(miejscowość, data)

…….

pieczęć imienna
i podpis lekarza -specjalisty wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia