(pieczęć zakładu)

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

(PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

Imię i nazwisko …….....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres zamieszkania .....

Nr PESEL .....

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

……

……

……

……

……

……

……....

…….....

……

……

……

……

……

……

……....

.....

(miejscowość, data)

…….

pieczęć imienna
i podpis lekarza -specjalisty wystawiającego zaświadczenie

Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia