................................................ dnia, .................................
pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**
Wydane dla potrzeb PCPR w Zamościu
Celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
likwidacji barier architektonicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych
(PROSIMY WYPEŁNIĆ W JĘZYKU POLSKIM)

**Imię i Nazwisko**.....................................................................................................................................
**Data urodzenia**......................................................................................................................................
**Adres zamieszkania**..............................................................................................................................
**Nr PESEL**..............................................................................................................................................
1. Rodzaj schorzenia osoby niepełnosprawnej uzasadniający potrzebę likwidacji barier:
…...........................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................
2. Czy Wnioskodawca ma problemy w poruszaniu się, czy zdaniem lekarza prowadzącego zachodzi
potrzeba likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania i w jakim zakresie:
...............................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................
...............................................................................................................................................................

…………………………………….

pieczątka imienna i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

\*Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia