................................................ 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