Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej dnia..................................................  
lub praktyki lekarskiej

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
**wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Zamościu  
celem ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych do zakupu sprzętu/urządzeń z zakresu likwidacji barier technicznych w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych**   
(PROSIMY WYPEŁNIĆ W JĘZYKU POLSKIM)

**1. WNIOSKODAWCA**  
Imię i nazwisko .....................................................................................................................................................  
Data i miejsce urodzenia .......................................................................................................................................  
Adres zamieszkania ...............................................................................................................................................  
Nr PESEL ..............................................................................................................................................................  
**2. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenia) uzasadniający potrzebę posiadania wnioskowanego sprzętu lub urządzenia.**  
................................................................................................................................................................................  
................................................................................................................................................................................  
................................................................................................................................................................................  
................................................................................................................................................................................  
**3. Rodzaj sprzętu /urządzenia likwidującego barierę techniczną Wnioskodawcy (właściwe podkreślić).**  
................................................................................................................................................................................  
................................................................................................................................................................................

...........................................................................................  
pieczątka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

\*Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia.