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.