

Załącznik nr 1

pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

Chodzież, dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię

adres

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej oraz oceny stanu zdrowia stwierdzam występowanie u ww. Pacjenta następujących dysfunkcji: *

dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak bądź też amputacja dłoni lub rąk	
inna dysfunkcja narządu ruchu	
dysfunkcja narządu wzroku	
dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
deficyt rozwojowy (upośledzenie umysłowe)	
niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia**	

Wskazanie usługi/prac wraz z uzasadnieniem potrzeby likwidacji bariery architektonicznej:

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

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Chodzieży w związku z ubieganiem się w/w o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier architektonicznych.

.....

Pieczęć i podpis lekarza

* należy wstawić znak X w wolnym polu obok każdej z występujących dysfunkcji

** należy zaznaczyć jedynie w przypadku nie zaliczenia pacjenta do żadnej z czterech w/w grup dysfunkcji