

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

dnia.....

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) uzasadniającej potrzebę posiadania wnioskowanego sprzętu lub urządzenia.

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

3. Rodzaj sprzętu /urządzenia likwidującego barierę techniczną Wnioskodawcy (właściwe podkreślić).

.....
.....

.....
pieczętka imienna i podpis lekarza wystawiającego zaświadczenie

*Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia.