

.....
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

dnia,

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:

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

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

*Zaświadczenie ważne 3 miesiące od daty wystawienia