

Pieczczę zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla celów związanych z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier w komunikowaniu się ze środków PFRON

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Rozpoznanie choroby zasadniczej oraz chorób współistniejących.....

.....  
.....

Rodzaj niepełnosprawności uzasadniającej likwidację barier w komunikowaniu się na jakie napotyka osoba niepełnosprawna: .....

.....  
.....

Niezbędne urządzenia, których zakup umożliwi lub w znacznym stopniu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów z otoczeniem:.....

.....

Uzasadnienie celowości zakupu i użytkowania wnioskowanych urządzeń w aspekcie indywidualnych potrzeb osoby niepełnosprawnej.....

.....  
.....

.....  
miejsowość, data

.....  
Pieczczę i podpis lekarza