

.....
Pieczęć przychodni lub ośrodka zdrowia

**Zaświadczenie lekarskie
o stanie zdrowia
(Załącznik do wniosku osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o
dofinansowanie do likwidacji barier technicznych ważne w ciągu 2 miesięcy
od daty wystawienia)**

Imię i Nazwisko.....
Adres zamieszkania.....
Data urodzenia.....
PESEL.....

Rodzaj niepełnosprawności, schorzenie.....
.....
.....

Nazwa urządzenia, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi
niepełnosprawnemu wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub
samodzielną egzystencję.....
.....
.....

Ograniczenia wynikające z niepełnosprawności wnioskodawcy uzasadniające
potrzebę zakupu w/w przedmiotu czy urządzenia:.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie

*Należy wypełnić czytelnie