

.....  
Pieczęć przychodni lub ośrodka zdrowia

**Zaświadczenie lekarskie  
o stanie zdrowia**

**( Załącznik do wniosku osoby niepełnosprawnej ubiegającej się o  
dofinansowanie do likwidacji barier w komunikowaniu się ważne w ciągu 2  
miesiący 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