



Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej

## **Z a ś w i a d c z e n i e   l e k a r s k i e**

o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie **likwidacji barier architektonicznych** z udziałem środków **PFRON**

**wypełnia lekarz** stosownie do rodzaju niepełnosprawności  
**wniosek należy wypełnić czytelnie**

**Imię i Nazwisko**.....

**Data urodzenia**.....

**Adres zamieszkania**.....

**1. Informacja o rodzaju niepełnosprawności i rozpoznanie choroby zasadniczej**  
( opis w języku polskim)

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

**2. Czy w związku z niepełnosprawnością lub występującymi schorzeniami zachodzi konieczność likwidacji barier architektonicznych**

TAK

NIE

**3. Opis ograniczeń, jakie wynikają ze schorzenia – uzasadnienie konieczności likwidacji barier architektonicznych** ( podać rodzaj likwidacji barier, urządzeń, sprzętów, pomocy technicznych ,prosimy o czytelne wypełnienie zaświadczenia).

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

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis i pieczętka lekarza