………………………………………………………………………

Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej

lub gabinetu lekarskiego

***ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB***

***POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE***

## W CELU LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH ZE ŚRODKÓW PFRONW MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko: ……………..……………………………………………………………………

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

PESEL:

Seria i nr dowodu tożsamości:………………….…………...

***Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:\****

* dysfunkcja narządu ruchu
* dysfunkcja narządu słuchu
* dysfunkcja narządu wzroku
* upośledzenie umysłowe
* choroba psychiczna
* epilepsja
* schorzenie układu krążenia
* inne (jakie?)…………………………

***Stwierdzono trudności w poruszaniu się:\****

o Nie

* Tak – opis ………………………………………………………………………………………….…….……………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

***Zaleca się likwidację barier architektonicznych poprzez:***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …………………………… ………….……………………

 (data ) (pieczęć i podpis lekarza)

 \*Właściwe zaznaczyć