……
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W CELU LIKWIDACJI BARIER ARCHITEKTONICZNYCH ZE ŚRODKÓW PFRON
W MIEJSCU ZAMIESZKANIA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko: ……..……

Adres zamieszkania: …….

PESEL: | | | | | | | | | | |

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

Rodzaj schorzenia lub dysfunkcji:*

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

Stwierdzono trudności w poruszaniu się:*

o Nie
o Tak – opis
……..……
……..……
……..

Zaleca się likwidację barier architektonicznych poprzez:

……
……
……

…… ……..……
(data) (pieczęć i podpis lekarza)

*Właściwe zaznaczyć