

.....
Pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W CELU LIKWIDACJI BARIER W KOMUNIKOWANIU SIĘ ZE ŚRODKÓW PFRON**

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?).....

Przykłady barier w komunikowaniu się napotkane przez wnioskodawcę:

.....
.....

Zaleca się likwidację barier w komunikowaniu się poprzez zakup:

.....
.....

Uzasadnienie konieczności likwidacji barier w komunikowaniu się poprzez w/w zakup:

.....
.....

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)

*Właściwe zaznaczyć

Zgodnie z informacją zawartą na oficjalnej stronie internetowej Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych przyjmuje się, iż „bariery w komunikowaniu się to ograniczenia uniemożliwiające lub utrudniające osobie niepełnosprawnej swobodne porozumiewanie się i/lub przekazywanie informacji”.
