

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE
W CELU LIKWIDACJI BARIER TECHNICZNYCH 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 technicznych napotkane przez wnioskodawcę:

.....
.....

Zaleca się likwidację barier technicznych poprzez zakup:

.....
.....

Uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych 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 techniczne to przeszkody wynikające z braku zastosowania odpowiednich do rodzaju niepełnosprawności, przedmiotów lub urządzeń**”. Likwidacja tej bariery powinna powodować sprawniejsze działanie osoby niepełnosprawnej w społeczeństwie i umożliwić wydajniejsze jej funkcjonowanie”.