

.....
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy dysfunkcji narządu ruchu (zakreślić właściwe):

	Pacjent porusza się na wózku inwalidzkim	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
	Pacjent jest osobą leżącą, nie poruszającą się samodzielnie	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
	Pacjent porusza się przy pomocy kul łokciowych lub innych podpórek ułatwiających chodzenie	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
	Pacjent ze znacznym niedowładem kończyn, objawiającym się:	pieczętka i podpis lekarza specjalisty
	Pacjent z brakiem kończyn:.....	pieczętka i podpis lekarza specjalisty

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Międzychodzie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

Potrzeby w zakresie likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie potrzeby likwidacji barier architektonicznych:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Międzychodzie w związku z ubieganiem się o dofinansowanie likwidacji barier architektonicznych.

.....
data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie