

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

Dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
(Załącznik do wniosku osoby ubiegającej się o dofinansowanie
likwidacji **barier w komunikowaniu się**)

(prosimy wypełnić czytelnie i w języku polskim)

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania
3. Data urodzenia.....
4. Rodzaj niepełnosprawności (schorzenia).....
.....
5. Prosimy wymienić urządzenie / sprzęt, którego zakup umożliwi lub znacznie ułatwi
pacjentowi wykonywanie podstawowych, codziennych czynności lub samodzielną
egzystencję
-
-
6. Prosimy opisać ograniczenia wynikające z niepełnosprawności pacjenta uzasadniające
potrzebę zakupu w/w urządzenia/sprzętu.....
.....
.....
.....

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenia

Uwaga:

Wszelkie informacje w zaświadczeniu wypełnia lekarz.
Zaświadczenie z dopiskami innych osób niż lekarz wystawiający zaświadczenie nie będą honorowane.