

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

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu
w celu dofinansowania do likwidacji barier technicznych/w komunikowaniu się ze środków PFRON

Imię i nazwisko

Numer PESEL

Adres zamieszkania

Rozpoznanie i opis choroby zasadniczej

.....
.....
.....
.....

Opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o niepełnosprawności

.....
.....
.....
.....

Zalecany sprzęt/urządzenie stosowny do potrzeb wynikających z niepełnosprawności

.....
.....
.....

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe

.....
.....
.....

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis lekarza specjalisty