

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA

Wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Oświęcimiu

Imię i nazwisko .....

Numer PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność pacjenta dotyczy:\*

- dysfunkcji narządu ruchu
- dysfunkcji narządu wzroku
- innej dysfunkcji, krótka charakterystyka

.....

.....

Opis schorzenia z uwzględnieniem jego wpływu na poruszanie się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Osoba niepełnosprawna, której dotyczy zaświadczenie porusza się:\*

- samodzielnie
- przy pomocy balkoniku, kul lub kuli
- wyłącznie na wózku inwalidzkim
- jest osobą leżącą wymagającą opieki osób drugih

Wnioskowane usunięcie barier architektonicznych wpłynie/nie wpłynie\*\* na poprawę funkcjonowania wnioskodawcy.

Uwagi uzupełniające i zalecenia dodatkowe:

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis lekarza specjalisty

\*właściwie zakreślić znakiem X

\*\* właściwie skreślić