

.....  
pieczętka 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