……
pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o dofinansowanie ze środków PFRON
likwidacji barier architektonicznych

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL .....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

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

☐	osoba leżąca	pieczątka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba poruszająca się **wyłącznie** na wózku inwalidzkim (samodzielnie lub z pomocą)	pieczątka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba z wrodzonym brakiem bądź amputacją kończyn: ☐ jednej kończyny górnej ☐ jednej kończyny dolnej ☐ obu kończyn górnych ☐ obu kończyn dolnych	pieczątka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba poruszająca się przy użyciu balkonika, trójnogu, kul, laski i innych podpórek ułatwiających poruszanie się	pieczątka i podpis lekarza specjalisty
☐	inne dysfunkcje powodujące trudności w poruszaniu się : …… ……	pieczątka i podpis lekarza specjalisty
☐	osoba poruszająca się samodzielnie	pieczątka i podpis lekarza specjalisty

.....
data

……
pieczęć i podpis lekarza specjalisty
wystawiającego zaświadczenie