

.....
stempel zakładu opieki zdrowotnej

....., dnia.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

dla celów związanych z ubieganiem się przez osobę niepełnosprawną o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych **likwidacji barier w komunikowaniu się**
(prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i Nazwisko:.....

PESEL.....

Adres zamieszkania:

I. Przyczyna niepełnosprawności / proszę zakreślić właściwe pole /

- upośledzenie umysłowe,
- choroby psychiczne,
- zaburzenia głosu, mowy,
- choroby słuchu,
- choroby narządu wzroku,
- choroby narządu ruchu,
- epilepsja,
- choroby układu oddechowego i krążenia,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby układu moczowo- płciowego,
- choroby neurologiczne,
- inne: tym schorzenia: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego,
- całościowe zaburzenia rozwojowe.

II. Opis niepełnosprawności:

.....
.....

III. Opis trudności jakie ma Wnioskodawca w porozumiewaniu się i przekazywaniu informacji w związku z istniejącą niepełnosprawnością:

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

IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy porozumiewanie się i przekazywanie informacji:

.....
.....

Liczba przedmiotów/ urządzeń zaleconych przez lekarza:szt.

.....
pieczęć, podpis lekarza specjalisty