

.....  
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 technicznych**  
(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 z wykonaniem podstawowych, codziennych czynności lub kontaktów otoczeniem, w związku z istniejącą niepełnosprawnością:**

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

#### **IV. Zalecany przedmiot/urządzenie, który/które ułatwi Wnioskodawcy wykonywanie podstawowych codziennych czynności lub kontakt z otoczeniem:**

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

.....  
pieczęć, podpis lekarza