

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

## ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię.....

Adres.....

Z analizy stanu zdrowia w/w Pacjenta wynika, iż zalicza się on do osób niepełnosprawnych z powodu następujących dysfunkcji: \*

Dysfunkcja narządu ruchu z koniecznością poruszania się na wózku inwalidzkim; wrodzony brak, bądź też po amputacji dłoni lub rąk	
Inna dysfunkcja narządu ruchu	
Dysfunkcja narządu wzroku	
Dysfunkcja narządów słuchu i mowy	
Deficyt rozwojowy ( upośledzenie umysłowe )	
Niepełnosprawność z ogólnego stanu zdrowia **	

Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wałczu, w związku z ubieganiem się w/w o dofinansowanie z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na likwidację barier funkcjonalnych.

*Krótkie uzasadnienie celowości likwidacji barier funkcjonalnych.....*

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

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis lekarza

\* należy wstawić znak X w wolnym polu obok każdej z występujących dysfunkcji

\*\* należy zaznaczyć jedynie w przypadku nie zaliczenia pacjenta do żadnej z czterech w/w grup dysfunkcji