Pieczątka zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego

Zaświadczenie lekarskie

wydane dla potrzeb Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Skierniewicach w celu dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ***likwidacji barier technicznych*** *w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych*

Imię i nazwisko ……

PESEL albo nr dokumentu tożsamości ……

Miejsce zamieszkania ……..

Rodzaj niepełnosprawności …….….

…….…..

Ze względu na ww. rodzaj niepełnosprawności osoba ma trudności w funkcjonowaniu w miejscu zamieszkania polegające na:

…….....

……...

……...

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętu:

…….....

…….…..

Posiadanie ww. urządzenia, sprzętu ułatwi osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych czynności w następujący sposób:

……...

……...

……...

Uwagi i zlecenia dodatkowe ……

…….……

……. ……...…….

miejscowość, data *pieczątka i podpis lekarza*