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 w komunikowaniu się***

Imię i nazwisko ……

PESEL albo nr dokumentu tożsamości ……

Miejsce zamieszkania ……..

Rodzaj niepełnosprawności …….

……..

Ze względu na ww. rodzaj niepełnosprawności osoba ma trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, polegające na:

……...

……...

……...

Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następującego urządzenia, sprzętu:

……...

……...

Posiadanie ww. urządzenia, sprzętu wpłynie na poprawę komunikowania się z otoczeniem w następujący sposób:

……...

……...

……...

Uwagi i zalecenia dodatkowe:

...…….....

……...

…… ……..

miejscowość, data *pieczątka i podpis lekarza*