

Załącznik nr 1 do wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON do likwidacji barier w komunikowaniu się

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia
miejscowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu – **likwidacja barier w komunikowaniu się** - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

Imię i nazwisko Pacjenta
PESEL
Miejsce zamieszkania

1. Rodzaj schorzeń utrudniających komunikowanie się z otoczeniem polegające na :

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

2. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ograniczone poprzez korzystanie z następujących urządzeń, sprzętów:

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

.....
Pieczątką i podpis lekarza specjalisty