

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

....., dnia .....  
miejscowość

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

wydane dla potrzeb Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu –  
**likwidacja barier technicznych** - (prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim)

Imię i nazwisko

Pacjenta ..... PESEL .....

.....

Miejsce zamieszkania .....

1. Rodzaj schorzeń utrudniających codzienne funkcjonowanie i wykonywanie codziennych podstawowych czynności :

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

2. Trudności te mogą zostać zlikwidowane/ ograniczone w ramach usunięcia bariery technicznej poprzez dofinansowanie do zakupu niżej wymienionego przedmiotu/sprzętu/urządzenia :

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

.....  
pieczętka i podpis lekarza