

Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielenia dofinansowania z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier technicznych realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olkuszu

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

....., dnia
miejsowość

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

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