

Załącznik nr 1 do Regulaminu udzielenia dofinansowania z udziałem środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się 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 w komunikowaniu się - *(prosimy wypełnić czytelnie w języku
polskim)*

Imię i nazwisko Pacjenta

PESEL

1. Rodzaj schorzeń utrudniających komunikowanie się z otoczeniem :

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

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

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

.....
pieczętka i podpis lekarza specjalisty/prowadzącego