

.....
(pieczęć zakładu opieki zdrowotnej
lub gabinetu lekarskiego)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane dla potrzeb ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych likwidacji barier w komunikowaniu się w związku z indywidualnymi potrzebami osób niepełnosprawnych

1. Imię i nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

PESEL:

.....

2. Czy pacjent posiada bariery w komunikowaniu się?:

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli tak, proszę wymienić jakie pacjent ma bariery w komunikowaniu się:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Rodzaj koniecznego urządzenia w celu likwidacji barier w komunikowaniu się:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis lekarza)