

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

**ZASWIADCZENIE LEKARSKIE WYDANE DLA POTRZEB  
POWIATOWEGO CENTRUM POMOCY RODZINIE**

( dla celów dofinansowania likwidacji barier architektonicznych ze środków Państwowego Funduszu  
Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych)

Imię i nazwisko.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Opis schorzenia:**.....  
.....  
.....  
.....

**Zdolność poruszania się:**

samodzielnie     za pomocą kuli/kul     pomocą balkonika     wózku  
inwalidzkim

osoba mająca protezę  
za pomocą innych przedmiotów ortopedycznych – jakich.....  
.....

**Uszkodzenie narządu ruchu, w zakresie:**

- brak lub niedowład kończyn/y górnych/ej
  - brak lub niedowład kończyn/y dolnych/ej
  - jednoczesnej dysfunkcji kończyny dolnej i górnej
  - jednoczesnej dysfunkcji, co najmniej jednej kończyny górnej i kończyn dolnych
  - jednoczesnej dysfunkcji kończyn górnych i dolnych
  - inne : .....
- .....

.....  
(Data)

.....  
(pieczęćka i podpis lekarza)