

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

**Zaświadczenie lekarskie
dla
potrzeb likwidacji barier technicznych
(należy wypełnić w języku polskim)**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

PESEL.....

Adres zamieszkania.....

**Rozpoznanie choroby zasadniczej, powodującej ograniczenia w funkcjonowaniu osoby
niepełnosprawnej (zakres ograniczeń)**

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

**Rodzaj koniecznego urządzenia w celu poprawy możliwości funkcjonowania osoby
niepełnosprawnej**

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis lekarza)