

.....  
(stempel zakładu opieki zdrowotnej  
lub praktyki lekarskiej)

....., dnia ..... 2019 r.  
(miejscowość)

## **ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**

*Dla: Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce*

*Dotyczy: likwidacji barier architektonicznych (prosimy wypełnić czytelnie)*

Imię i Nazwisko .....

Data urodzenia .....

PESEL .....

Zamieszkały(a) .....

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, zaopatrzenie w przedmioty  
ortopedyczne tj.: kule, balkonik, wózek inwalidzki)

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

Informacja uzasadniająca potrzebę likwidacji bariery architektonicznej – wynikającej  
z niepełnosprawności (zalecany sprzęt i przewidywane efekty, które w znacznym  
stopniu ułatwią osobie niepełnosprawnej wykonywanie podstawowych, codziennych  
czynności lub kontaktów z otoczeniem):

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

Zaświadczenie lekarskie ważne 1 miesiąc od daty wystawienia.

.....  
(pieczętka i podpis lekarza)