

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

....., dnia 2019 r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dla: Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce

Dotyczy: likwidacji barier w komunikowaniu się (prosimy wypełnić czytelnie)

Imię i Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Zamieszkały(a)

Rozpoznanie (rodzaj schorzenia lub dysfunkcji, zaopatrzenie w przedmioty
ortopedyczne)

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

Informacja uzasadniająca potrzebę likwidacji barier w komunikowaniu się –
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)