

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

....., dnia r.
(miejscowość)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Dla: Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Ostrołęce

Dotyczy: likwidacji barier technicznych (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 barier technicznych – 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)