

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

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE**  
(ważne 3 miesiące od daty wystawienia)

<b>DANE PERSONALNE PACJENTA</b>	
<b>Imię i nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	
<b>Miejscowość, ulica, nr domu/lokalu:</b>	

**Rozpoznanie choroby zasadniczej:**

.....  
.....

**Zaświadczam, że pacjent jest osobą (zaznaczyć właściwe):**

- leżącą
- poruszającą się na wózku inwalidzkim
- z dysfunkcją narządu ruchu,
- z dysfunkcją narządu słuchu,
- z dysfunkcją narządu mowy,
- z dysfunkcją narządu wzroku,
- z inną dysfunkcją .....

.....  
**uniemożliwiająca lub powodująca trudności w funkcjonowaniu społecznym**

**Uzasadnienie konieczności likwidacji barier technicznych:**

.....  
.....

Data .....

.....  
Pieczęć i podpis lekarza